Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.

nationale nederlanden

Spis treści

Grupowe ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. w skrócie 3

Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. 8

Załącznik nr 1 do Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo--rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. 14

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. 16

Karta Produktu Ubezpieczeniowego 18

Grupowe ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. w skrócie

Jakie są główne korzyści z ubezpieczenia / komu rekomendujemy ubezpieczenie?

Ochronę ubezpieczeniową z tytułu Poważnego zachorowania i Hospitalizacji, którą oferuje w Nationale-Nederlnden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: „Nationale-Nederlanden"), rekomendujemy osobom, które:

- chcą zabezpieczyć kwotę w wysokości 6 miesięcznych opłat eksploatacyjnych w przypadku Poważnego zachorowania
- oczekują dziennego świadczenia pieniężnego w sytuacji Hospitalizacji.

W tych przypadkach Ubezpieczony otrzyma świadczenie, które będzie stanowić wsparcie finansowe w trudnej sytuacji.

Na jakich zasadach działa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochroną ubezpieczeniową z dniem 1 stycznia 2021 r. objęty zostaje Posiadacz rachunku w ING Banku S.A. (dalej: „Bank"), który:

- nie ukończył 70. roku życia,
- został zgłoszony przez Bank do ubezpieczenia
- przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie złożył do Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Banku oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiotem ubezpieczenia jest, w zależności od zakresu i Sum ubezpieczenia wybranych przez Ubezpieczonego i zgłoszonych do Banku:

- Poważne zachorowanie Ubezpieczonego w wariancie 1 albo 2, i/lub
- Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wariancie 1 albo 2.

Ubezpieczony może w każdym momencie trwania ochrony zgłosić zmianę zakresu ubezpieczenia i/lub sumy ubezpieczenia. W takim przypadku zmiana ta będzie obowiązywać począwszy od drugiego miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym został złożony w Banku wniosek o zmianę.

Przypominamy, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania w związku z Zawałem serca lub Udarem mózgu wygasa po ukończeniu 65 roku życia.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem wyczerpania limitu świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania.

Ochrona z tytułu ubezpieczenia trwa do ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia, jednak nie dłużej niż do dnia rozwiązania Umowy grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego, zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden a Bankiem.

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

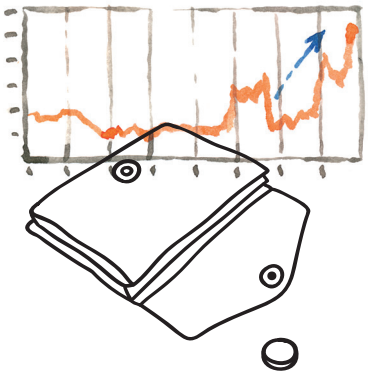
W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia. W ramach ubezpieczenia dostępne są następujące warianty Sumy ubezpieczenia:

Poważne zachorowanie

Wariant 1	Wariant 2
wysokość miesięcznych opłat eksploatacyjnych, maksymalnie 500 zł	wysokość miesięcznych opłat eksploatacyjnych, maksymalnie 1 500 zł

Pobyt w szpitalu

Wariant 1	Wariant 2
50 zł	150 zł



W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci miesięczne Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia każde.

Łączna liczba miesięcznych Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie może przekroczyć 6 (słownie: sześć).

W przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci dzienne Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia każde, nie więcej jednak niż za 90 dni pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym roku kalendarzowym trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat, odpowiedzialność Nationale-Nederlanden polega na wypłacie dziennych Świadczeń w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia każde.

Czy można zawiesić ochronę ubezpieczeniową?

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego następuje w sposób automatyczny, jeśli nie nastąpi wpłata Składki za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej. W okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden nie udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.

Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej następuje po opłaceniu Składki za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej.

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego może nastąpić maksymalnie na okres 3 bezpośrednio po sobie następujących miesięcy kalendarzowych. Po tym czasie ochrona w stosunku do Ubezpieczonego wygasa.

Jak jest opłacana Składka za ochronę?

Składka za miesiąc kalendarzowy ochrony udzielanej Ubezpieczonemu jest opłacana miesięcznie przez Bank. Wysokość Składki określona jest w grupowej umowie ubezpieczenia pomiędzy Nationale-Nederlanden i Bankiem. Strony umowy mają prawo zmienić wysokość Składki po każdym rocznym okresie trwania umowy.

Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym Ubezpieczony nie zapewnił na rachunku środków na opłatę bankową za udostępnianie ubezpieczenia, Bank nie opłaci Składki należnej za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego.

Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Możesz zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania, składając dyspozycję do Banku: pisemnie w dowolnym Oddziale Banku, poprzez Moje ING lub listem wysłanym na adres Banku.

Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z ubezpieczenia?

Kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczenia przez osoby fizyczne są zwolnione od podatku dochodowego na podstawie Art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

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

Jak korzystać ze Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia?

Warunki ubezpieczenia zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej ochrony ubezpieczeniowej. Na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia będzie wykonywana ochrona ubezpieczeniowa. Dokument ten został przygotowany tak, by łatwo można było odszukać interesujący Cię fragment, np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w jakim zakresie, jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa, komu i jakie kwoty wypłacimy. Zawiera także słowniczek z definicjami, który pozwoli Ci bardziej zrozumieć określenia związane z ubezpieczeniem.

Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania reklamacji?

Jako Nationale-Nederlanden dochowujemy wszelkich starań, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. W przypadku zastrzeżeń dotyczących naszych usług, Klienci mogą zwrócić się do nas w dowolnej formie: telefonicznie, listownie, drogą elektroniczną poprzez formularz udostępniony na stronie www.nn.pl bądź osobiście – w punkcie obsługi Klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden.

Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

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



Do kogo składać dyspozycje i zapytania dotyczące ubezpieczenia?

Rodzaj dyspozycji	Do Banku	Do Nationale-Nederlanden
Składanie oświadczeń związanych ze zmiany danych osobowych lub teleadresowych	Oświadczenia można składać za pośrednictwem przyjętego przez Bank kanału komunikacji, zapewniającego jednocześnie identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz dzień złożenia oświadczenia.	
Składanie oświadczeń związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej		
Składanie oświadczeń o zmianie zakresu ubezpieczenia i/lub Sumy ubezpieczenia		
Składanie wniosków o wypłatę świadczeń w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym.		Pisemnie na adres Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia udostępniony jest na stronie www.nn.pl.
Przesyłanie dokumentacji dotyczącej wypłaty świadczenia		Pisemnie na adres Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa
Składanie reklamacji		• pisemnie w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; • telefonicznie pod numerem: 801 20 30 40 (dla tel. stacjonarnych) 22 522 71 24 (dla tel. komórkowych) Infolinia dostępna od pon.-pt. w godz. 8.00-20.00 • elektronicznie, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl)
Inne pytania dotyczące ochrony ubezpieczeniowej	Zapytania należy kierować do Banku.	



Informacje dotyczące:

Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. nr SWU/ NIH25/1/2020 (SWU)

Informacje zawarte w SWU	Nr Artykułu SWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 3, § 4, § 5, Załącznik nr 1 do SWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, Załącznik nr 1 do SWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji.	Nie dotyczy

Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.

Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. nr SWU/NIH25/1/2020, zwane dalej Warunkami, mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia zawartej na rzecz Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a ING Bankiem Śląskim S.A., zwanej dalej Umową ubezpieczenia.

§ 1 Definicje

1) **„Bank"** – ING Bank Śląski S.A z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34, ubezpieczający.
2) **„Choroba"** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
3) **„Choroba psychiczna"** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
4) „**Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej**" – 1 stycznia 2021 r.
5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego"** jest to:
   a) w przypadku Poważnego zachorowania:
      - dzień postawienia ostatecznej diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana Choroba jest zgodna z definicją Poważnego zachorowania zawartą w Warunkach – w przypadku Zawału serca, Udaru mózgu, Niewydolności nerek, Nowotworu złośliwego, Utraty wzroku, Poparzenia trzeciego stopnia, Łagodnego nowotwóru mózgu,
      - dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego – w przypadku Zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA),
      - dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w przypadku Przeszczepu narządów.

   b) w przypadku Pobytu w szpitalu – czwarty dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.
6) **„Lekarz"** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji
7) **„Miesięczne opłaty eksploatacyjne"** – należności związane z użytkowaniem domu/lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony, jako właściciel nieruchomości albo, jako członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu, lub jako najemca lokalu (z wyłączeniem wszelkich form najmu na zasadach komercyjnych lub grzecznościowych)

tj.: czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci.

8) **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12; ubezpieczyciel.
9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Pobytu w szpitalu. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
10) **„Pobyt w szpitalu”** – pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, którego przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba.
11) **„Posiadacz rachunku”** – osoba fizyczna o pełnej zdolności do czynności prawnych, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę rachunku; ilekroć w Warunkach jest mowa o Posiadaczu rachunku, należy przez to też rozumieć również współposiadacza Rachunku;
12) **„Poważne zachorowanie”** –Choroba lub zabieg operacyjny wskazany w załączniku nr 1 do Warunków, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w okresie ochrony.
13) **„Rachunek”** – rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy, rachunek oszczędnościowy, prowadzony w złotych;
14) **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
15) **„Suma ubezpieczenia”** – maksymalna kwota Świadczenia wypłacana przez Nationale-Nederlanden, określona w Warunkach. W ramach ubezpieczenia dostępne są następujące warianty Sumy ubezpieczenia:

Poważne zachorowanie	
Wariant 1	Wariant 2
500 zł	1 500 zł
Pobyt w szpitalu	
Wariant 1	Wariant 2
50 zł	150 zł

16) **„Składka”** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, opłacana miesięcznie przez Bank z tytułu Umowy ubezpieczenia, należna za jednego Ubezpieczonego.
17) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
18) **„Świadczenie”** – świadczenie pieniężne wypłacane Ubezpieczonemu przez Nationale-Nederlanden z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
19) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz rachunku, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z dniem 1 stycznia 2021 r. zgodnie z Warunkami oraz wobec którego ochrona ubezpieczeniowa nie uległa zakończeniu na zasadach opisanych w par. 3 Warunków;
20) **„Umowa rachunku”** – zawarta pomiędzy osobą fizyczną i Bankiem umowa określająca zakres usług świadczonych przez Bank w ramach Rachunku;
21) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – zajście w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden zdarzenia w postaci:
    - Poważnego zachorowania Ubezpieczonego

    i/lub
    - Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w zależności od zakresu ochrony ubezpieczeniowej, którą jest objęty Ubezpieczony.

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

1. Nationale-Nederlanden obejmuje Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia z Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia objęty zostaje Posiadacz rachunku, który:
    - nie ukończył 70. roku życia,
    - został zgłoszony przez Bank do ubezpieczenia w Nationale-Nederlanden
    - przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie złożył do Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Banku oświadczenia o rezygnacji z objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. Przedmiotem ubezpieczenia jest, w zależności od zakresu i Sum ubezpieczenia wybranych przez Ubezpieczonego i zgłoszonych do Banku:
    - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego w wariancie 1 albo 2,

    i/lub
    - Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wariancie 1 albo 2.
4. W ubezpieczeniu na wypadek Poważnego zachorowania, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu wygasa w stosunku do Ubezpieczonego, z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
5. Ubezpieczony, w związku z korzystaniem przez niego z więcej niż jednego Rachunku, nie może zostać objęty wielokrotnie ochroną ubezpieczeniową w tym

samym zakresie ubezpieczenia na podstawie Umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony może w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosić zmianę zakresu ubezpieczenia i/lub Sumy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony zmienił wybrany zakres ubezpieczenia i/lub Sumę ubezpieczenia, zmiana ta będzie obowiązywać począwszy od drugiego miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym został złożony w Banku wniosek o zmianę zakresu ubezpieczenia i/lub Sumy ubezpieczenia, zgodnie ze sposobem składania oświadczeń określonym w paragrafie 8.
7. Nationale-Nederlanden wypłaci, na zasadach opisanych w Warunkach, Świadczenie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§3. Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Z zastrzeżeniem ustępu 3 poniżej, ochrona ubezpieczeniowa kończy się na wniosek Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym został złożony ten wniosek. Wniosek ten może być złożony w dowolnym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do Banku zgodnie z paragrafem 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
   1) z dniem rozwiązania Umowy rachunku,
   2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   3) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
   4) z dniem wyczerpania limitu świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania,
   5) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu, w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania,
   6) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych – z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, przy czym Bank ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia,
   7) po upływie maksymalnego okresu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej , o którym mowa w paragrafie 4 ustęp 3.

   w zależności co nastąpiło najpierw.

§4. Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

1. Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego następuje w sposób automatyczny, jeśli nie nastąpi wpłata Składki za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej.
2. W okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden nie udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego może nastąpić maksymalnie na okres 3 bezpośrednio po sobie następujących miesięcy kalendarzowych.
4. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej następuje po opłaceniu Składki za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej.

§5. Składka

1. Obowiązek zapłaty Składki ciąży na Banku. Roszczenie o zapłatę Składki przysługuje Nationale-Nederlanden wyłącznie przeciwko Bankowi.
2. Wysokość Składki określona jest w Umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony zapewnia na Rachunku, z którego pobierana jest opłata za udostępnianie ubezpieczenia, środki na tę opłatę w terminie jej pobierania. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym Ubezpieczony nie zapewnił na Rachunku środków na opłatę za udostępnianie ubezpieczenia, Bank nie opłaci Składki należnej za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego.

§6. Jakie Świadczenie wypłaci Nationale-Nederlanden?

1. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden wypłaci miesięczne Świadczenia w wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej na jedno Świadczenie miesięczne niż wysokość Sumy ubezpieczenia, która obowiązywała w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie może przekroczyć 6 (słownie: sześć).
3. Do Miesięcznych opłat eksploatacyjnych zalicza się opłaty, których termin płatności przypadał:
   1) w przypadku pierwszego miesięcznego Świadczenia – w ciągu 30 dni od Dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
   2) w przypadku każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia – w ciągu 30 kolejnych dni od terminu wskazanego powyżej.
4. W przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci dzienne Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia każde począwszy od 4-ego dnia Pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 90 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym roku kalendarzowym trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat, odpowiedzialność Nationale-Nederlanden polega na wypłacie dziennych Świadczeń w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia każde.

§7. Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy poinformować Nationale-Nederlanden, na zasadach opisanych w paragrafie 8.
2. Wypłata następuje po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę z wymaganymi dokumentami określonymi dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych:
   a) Poważne zachorowanie:
      - kopia dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do świadczenia,
      - dokumentacja potwierdzająca zajście Poważnego zachorowania:
        • karta wypisu ze szpitala,
        • dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
        • dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej,
        • opinie lekarskie i wyniki badań laboratoryjnych
        • oraz inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia (np.: faktury, rachunki, elektroniczne potwierdzenia dokonania zapłaty rachunku, które potwierdzają dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Poważnego zachorowania) – na wniosek Nationale-Nederlanden.
   b) Pobyt w szpitalu:
      - kopia dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do świadczenia,
      - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w szpitalu:
        • karta wypisowa ze Szpitala,
        • w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, karta informacyjna leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywał Ubezpieczony,
      - dokument potwierdzający zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowe z policji lub inne),
      - inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.
4. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza, albo przez osobę reprezentującą w tym zakresie Nationale-Nederlanden lub Bank.
5. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument.
6. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe lub utrudnione osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
7. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej wszelkie dokumenty załączane do wniosku o wypłatę Świadczenia powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego oraz w przypadku dokumentów urzędowych, uprzednio poświadczone przez polski konsulat lub przez inny uprawniony do tego organ.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi w terminie 30 dni od otrzymania przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie to będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Nationale-Nederlanden spełni w terminie 30 dni od otrzymania przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną do Świadczenia.
10. Jeżeli w powyższych terminach Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia Ubezpieczonego lub uprawnionego do świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
11. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Nationale-Nederlanden informuje o tym pisemnie Ubezpieczonego lub uprawnionego do świadczenia, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia – informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
12. Ponadto, w przypadku odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

§8. Jak mogą być składane oświadczenia?

1. Oświadczenia Ubezpieczonego związane ze zmianą danych osobowych lub teleadresowych należy składać do Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Banku. Złożenie oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym w Banku jest równoznaczne z otrzymaniem go przez Nationale-Nederlanden.
2. Oświadczenia Ubezpieczonego dotyczące rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej należy składać do Banku.
3. Oświadczenia o zmianie zakresu ubezpieczenia i/lub Sumy ubezpieczenia należy składać do Banku.

4. Oświadczenia, o których mowa w pkt 1-3 można składać za pośrednictwem przyjętego przez Bank kanału komunikacji, zapewniającego jednocześnie identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz dzień złożenia oświadczenia.
5. Wnioski o wypłatę świadczeń należy składać do Nationale-Nederlanden, w formie pisemnej. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia udostępniony jest na stronie www.nn.pl. Dokumentację dotyczącą wypłaty świadczenia, która nie została przekazana razem z wnioskiem o wypłatę świadczenia należy kierować na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie.
6. Reklamacje należy składać zgodnie z Art. 9.

§9. Reklamacje

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

§10. Opodatkowanie świadczeń

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia regulują przepisy:
   a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych
   b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
2. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia, do dyspozycji osoby uprawnionej, powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

§11. Zmiana systemu monetarnego

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

§12. Rozstrzyganie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego (rf.gov.pl).
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
4. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powód będący Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§13. Postanowienia końcowe

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych osobowych lub teleadresowych zgodnie z zasadami opisanymi w paragrafie 8.
2. O ile okaże się to niezbędne do ustalenia prawa do Świadczenia Nationale-Nederlanden może wnioskować o poddanie się przez Ubezpieczonego, za jego zgodą, badaniom w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden.

3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Bank poinformuje o tym Ubezpieczonego nie później niż na 30 dni przed zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej, podając jednocześnie dokładną datę zakończenia ochrony, na piśmie.
4. Nationale-Nederlanden nie dokona wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
   a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
   b) osoby zamieszkałej w krajach o nie akceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadający swą siedzibę w jednym z krajów UHRC; c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależenie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
   d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależenie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
   e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d).
   f) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
5. 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.
6. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

§14. Wejście w życie Warunków

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden uchwałą nr 47/2020 z dnia 16 listopada 2020 r., wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.

Poważne zachorowania

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.
Udar mózgu	Nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
Niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

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.
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.
Nowotwór złośliwy	Nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe, - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0, - rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0, - rak podstawnokomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty skóry (dermatofibrosarcoma protuberans), - jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
Utrata wzroku	Jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Poparzenie trzeciego stopnia	Stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia Poważnego zachorowania niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień oparzenia oraz jego zakres.
Przeszczep narządów	Przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: • serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub • szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
Łagodny nowotwór mózgu	Wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.

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

Kto jest administratorem danych i jak się z nim skontaktować?

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

Po co nam dane

Przetwarzamy dane Ubezpieczonych 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 dokumentacji szkodowej, w tym dokumentacji medycznej oraz realizacji procesu reklamacyjnego,
- przepisy prawa nakazują nam dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy – przetwarzamy więc dane w tym celu i robimy to w sposób zautomatyzowany, w ramach profilowania,
- przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – sprawdzamy, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiałyby nam zawarcie umowy, np. poprzez weryfikację list sankcyjnych,
- 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 dane w celach marketingowych - prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem danych oraz dokonujemy profilowania; pozwala nam to lepiej poznać oczekiwania naszych Klientów, oceniać efektywność naszych działań oraz ich jakość.

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

Przez jak długo przetwarzane są dane

Przetwarzamy dane przez okres trwania umowy a po jej zakończeniu przez 10 lat.

Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom

Możemy przekazywać dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Odbiorcami tymi są w szczególności dostawcy rozwiązań informatycznych, podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności, agenci ubezpieczeniowi, zakłady reasekuracji, call center, agencje. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem danych – 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. Uzyskanie kopii klauzul jest możliwe poprzez skierowanie wniosku na adres: iod@nn.pl.

Prawa związane z przetwarzaniem danych

Jako osoba, której dane dotyczą, Ubezpieczony ma prawo:

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

Karta Produktu Ubezpieczeniowego

nationale nederlanden

Grupowe ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.

Dokument zawierajacy informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiebiorstwo: Nationale- Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna; zarejestrowana w Polsce, której zostało udzielone zezwolenie na prowadzenie działalności przez Komisję Nadzoru Finansowego (data wydania zezwolenia: 04.10.2016).

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia i informacje **umowne podane są w Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.**

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie grupowe (Dział II i grupa 2)

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia:

- ✓ Poważne zachorowanie zg. z Załacznikiem nr 1 do SWU,
- ✓ Pobyt w szpitalu

  Ubezpieczony zostaje objety ochroną z tytułu Poważnego zachorowania i/lub Pobytu w szpitalu w zależności od zakresy wybranego przez Ubezpieczonego i zgłoszonego do Banku.

Sumy ubezpieczenia i świadczenia

W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia. W ramach ubezpieczenia dostępne są następujące warianty Sumy ubezpieczenia:

Poważne zachorowanie	
Wariant 1	Wariant 2
wysokość miesięcznych opłat eksploatacyjnych, maksymalnie 500 zł	wysokość miesięcznych opłat eksploatacyjnych, maksymalnie 1 500 zł
Pobyt w szpitalu	
Wariant 1	Wariant 2
50 zł	150 zł

W przypadku Poważnego zachorowania Nationale-Nederlanden wypłaci miesięczne Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia każde. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń nie może przekroczyć 6 (słownie: sześć).

W przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci dzienne Świadczenia począwszy od 4-ego dnia pobytu, nie więcej jednak niż za 90 dni pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym roku kalendarzowym trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat, odpowiedzialność Nationale-Nederlanden polega na wypłacie dziennych Świadczeń w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia każde.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ W przypadku **Poważnego zachorowania** – ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania w związku z Zawałem serca lub Udarem mózgu wygasa po ukończeniu 65 roku życia.
- ✗ W przypadku **Pobytu w szpitalu** – pobytów w szpitalu trwających 3 dni i któcej.
- ✗ W przypadku **Pobytu w szpitalu** – pobytów w domu opieki, ośrodku dla psychicznie chorych, hospicjum, placówce, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitalu rehabilitacyjny, szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, ośrodku rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, szpitalu sanatoryjnym, ośrodku wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczyciel nie przewiduje ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na całym świecie.

Co należy do obowiązków Ubezpieczającego?

W grupowym ubezpieczeniu Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.ubezpieczającym jest ING Bank S.A. Ubezpieczający jest zobowiązany do:

- zgłoszenia Ubezpieczonych do objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- terminowego opłacania składek ubezpieczeniowych do Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. – ubezpieczyciela,
- przyjmowania i realizowania dyspozycji Ubezpieczonych w zakresie: zmiany danych osobowych lub teleadresowych, rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej czy zmiany zakresu ubezpieczenia i/ lub Sumy ubezpieczenia.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

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

Jakie są obowiązki w przypadku zgłoszenia roszczenia?

W przypadku zgłoszenia roszczenia, uprawniony do świadczenia powinien powiadomić ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym i przedstawić mu dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia oraz pozwalające określić wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Wnioski o wypłatę świadczenia należy składać do Nationale-Nederlanden. Dokumentację dotyczącą wypłaty świadczenia, należy kierować na adres siedziby Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Obowiązek zapłaty Składki ciąży na Banku. Wysokość miesięcznej Składki określona jest w Umowie ubezpieczenia.

Ubezpieczony zapewnia na Rachunku, z którego pobierana jest opłata za udostępnianie ubezpieczenia, środki na tę opłatę w terminie jej pobierania.

Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym Ubezpieczony nie zapewnił na Rachunku środków na opłatę za udostępnianie ubezpieczenia, Bank nie opłaci Składki należnej za kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 1 stycznia 2021r., a kończy się:

- na wniosek Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym został złożony ten wniosek (wniosek ten może być złożony w dowolnym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do ubezpieczającego),
- z dniem rozwiązania Umowy rachunku,
- z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
- z dniem wyczerpania limitu świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania,
- z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu, w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania,
- w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych – z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, przy czym Bank ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia,
- w razie niezapłacenia Składki należnej za pierwszy miesiąc kalendarzowy następujący po nieprzerwanym 3-miesięcznym okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej,

w zależności co nastąpiło najpierw.

Jak zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie w czasie jej trwania, składając oświadczenie do ubezpieczającego – ING Banku S.A.: pisemnie w dowolnym Oddziale Banku, poprzez Moje ING lub listem wysłanym na adres Banku.

Skontaktuj się z nami:

Nationale-Nederlanden

Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

www.nn.pl

info@nn.pl

801 20 30 40

22 522 71 24

13.11.2020

Porównanie zakresu ubezpieczeń, przygotowane przez Ubezpieczającego

Grupowe ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. w **TU Europa S.A.**	Grupowe ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. w **Nationale-Nederlanden TU S.A.**
Towarzystwo stosuje własne definicje **Choroby, Nieszczęśliwego wypadku, Szpitala**, a także definicje poszczególnych dziesięciu **Poważnych zachorowań** objętych zakresem ubezpieczenia. Szczegóły znajdują się w Szczególnych warunkach grupowego ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. w TU Europa S.A. (dalej: „Warunki").	Towarzystwo stosuje własne definicje **Choroby, Nieszczęśliwego wypadku, Szpitala, Lekarza** a także definicje poszczególnych dziesięciu **Poważnych zachorowań** objętych zakresem ubezpieczenia. Szczegóły znajdują się w Szczególnych warunkach grupowego ubezpieczenie Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A. w Nationale-Nederlanden TU S.A., kod: SWU/NIH25/1/2020 (dalej: „Warunki").
Towarzystwo stosuje w Warunkach pojęcie Orzeczenia stwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 24 miesięcy.	**Brak takiego ograniczenia.**
Towarzystwo stosuje w Warunkach (paragrafy 8 oraz 9 ustęp 1 oraz 4-7) listę okoliczności, które wyłączają odpowiedzialność Towarzystwa (**Wyłączenia odpowiedzialności**), np.: akty terroryzmu, poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków), jazda motocyklem o pojemności skokowej silnika powyżej 50 cm^3, istnienie u Ubezpieczonego Choroby zawodowej lub Przewlekłej, ciąża, Poważne zachorowanie - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji, Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka, Zawodowe lub Wyczynowe uprawianie sportu, planowanie przed Przystąpieniem do ubezpieczenia zabiegów medycznych - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.	**Brak takich ograniczeń.**
Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wszelkimi **Chorobami**, w odniesieniu do których, **w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę Przystąpienia do ubezpieczenia**, zostały zdiagnozowane objawy lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków.	**Brak takiego ograniczenia.**
Towarzystwo ograniczało wysokość Świadczenia **w okresie pierwszych 60 dni ochrony z tytułu Poważnego zachorowania** (do jednorazowego Świadczenia w kwocie równej 10% zadeklarowanych kosztów Miesięcznych opłat eksploatacyjnych).	**Brak takiego ograniczenia.**