

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9025SI22 (OWU)

Informacja w zakresie	Postanowienie OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2, art. 4, art. 5, art. 6, art. 7, art. 8, art. 12
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 1, art. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

OWU mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy NNLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

Artykuł 1. Definicje

- Agent** – Aasa Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz Towarzystwa, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000411939,
- aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- dzień zawarcia Umowy o pożyczkę** – dzień udostępnienia Klientowi kwoty pożyczki, rozumiane jako złożenie dyspozycji przelewu na rachunek Klienta lub wypłata gotówki,
- Elektroniczne oświadczenie woli** – składane drogą elektroniczną lub telefonicznie przez Ubezpieczającego oświadczenie woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia w przypadku zawierania Umowy Ubezpieczenia bez składania własnoręcznych podpisów, zawierające wymaganą treść ustaloną przez Towarzystwo,
- harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat pożyczki sporządzony przez strony Umowy o pożyczkę w dniu jej zawarcia,
- hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
- Klient** – osoba fizyczna, także wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła Umowę o pożyczkę z Aasa Polska S.A.,
- kwota pożyczki** – wnioskowana przez Klienta kwota pożyczki udostępniona Klientowi przez Aasa Polska S.A. w sposób określony w Umowie o pożyczkę. Kwota pożyczki nie zawiera opłat i prowizji, a także składek,
- miesięczny okres rozliczeniowy** – okres, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU, za który opłacona jest składka. Z zastrzeżeniem postanowień art. 3 OWU, pierwszy miesięczny okres rozliczeniowy w przypadku wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia wraz z zawarciem Umowy o pożyczkę rozpoczyna się dnia następującego po dniu zawarcia Umowy o pożyczkę i trwa do dnia płatności zgodnie z harmonogramem pierwszej raty z tytułu Umowy o pożyczkę. Drugi i kolejne miesięczne okresy rozliczeniowe trwają do daty płatności zgodnie z harmonogramem odpowiednio drugiej i kolejnych rat z tytułu Umowy o pożyczkę. W przypadku wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia po zawarciu Umowy o pożyczkę pierwszy miesięczny okres rozliczeniowy rozpoczyna się dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w art. 3 ust. 5 OWU, i trwa do dnia płatności zgodnie z harmonogramem najbliższej raty z tytułu Umowy o pożyczkę. Drugi i kolejne miesięczne okresy rozliczeniowe trwają do daty płatności kolejnych rat zgodnie z harmonogramem z tytułu Umowy o pożyczkę,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała,
- poważna choroba** – choroba lub schorzenie, o jakich mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1) – 4) OWU, lub operacja zdefiniowana w art. 8 ust. 1 pkt 5) oraz 6) OWU,

- 13) **przelew weryfikacyjny** – przelew na kwotę 1 zł (słownie: jeden złoty), dokonywany z rachunku bankowego *Ubezpieczającego*, potwierdzający jego tożsamość w procesie zawierania *Umowy Ubezpieczenia* w formie elektronicznej bez składania własnoręcznego podpisu. Wykonanie przez *Ubezpieczającego* przelewu jest jednoznaczne z akceptacją *Umowy Ubezpieczenia*,
- 14) **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
- 15) **składka** – kwota określona w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, należna *Towarzystwu* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczonemu*,
- 16) **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczającego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez *Towarzystwo* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
- 17) **szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,



WAŻNE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

- 18) **Towarzystwo** – NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (NNLife TUNŻIR S.A.) z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. NNLife TUNŻIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
- 19) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku *niezłotego wypadku* lub *choroby*,
- 20) **Ubezpieczający** – *Klient*, który zawarł z *Towarzystwem* *Umowę Ubezpieczenia* za pośrednictwem *Agent*a, zobowiązany do zapłaty *składki*,
- 21) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*,
- 22) **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy Ubezpieczenia*. *Ubezpieczonym* może być tylko *Ubezpieczający*,
- 23) **Umowa o pożyczkę** – Umowa o pożyczkę gotówkową zawierana pomiędzy *Klientem* a Aasa Polska S.A.,
- 24) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *SUU* oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczającego* oraz *Towarzystwa*, załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość,
- 25) **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie lub w formie elektronicznej, przez *Ubezpieczającego*, jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* (w tym z tytułu śmierci na skutek *niezłotego wypadku*). Jeśli *Ubezpieczający* nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*,
- 26) **zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – śmierć *Ubezpieczonego*, śmierć *Ubezpieczonego* w wyniku *NW*, stwierdzenie *trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, min. 3-dniowa *hospitalizacja Ubezpieczonego* na skutek *NW* lub *choroby*, *poważna choroba*.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

1. Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest zdrowie i życie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w *SUU*, obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe* dla kwoty *pożyczki* do 25.000 (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy) zł:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *NW*,
 - *trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - min. 3-dniową *hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *NW* lub *choroby*,
 - *poważną chorobę Ubezpieczonego*.

Artykuł 3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Każdy *Klient* może zostać objęty *Ubezpieczeniem*, jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* ukończył 18 lat i nie ukończył 80 lat, przy czym w dniu tym nie może pozostać mniej niż 6 miesięcy do końca okresu spłaty *pożyczki* wg *harmonogramu*.
2. *Klient*, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty *Ubezpieczeniem*, pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i opłacenia *składki*.
3. Z zastrzeżeniem warunków określonych w ust. 1 i 2 powyżej oraz ust. 8, odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od:
 - a) dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy o pożyczkę* – w przypadku *Ubezpieczającego* wnoszącego o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* przy zawarciu *Umowy o pożyczkę* albo
 - b) dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* – w przypadku *Ubezpieczającego* wnoszącego o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* po zawarciu *Umowy o pożyczkę*.
4. Odpowiedzialność *Towarzystwa* trwa, z zastrzeżeniem zdarzeń określonych w ust. 8, do dnia ostatecznej spłaty *pożyczki* udzielonej na podstawie *Umowy o pożyczkę* zgodnie z *harmonogramem*.
5. W zależności od sposobu zawierania *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta z chwilą:
 - a) doręczenia *Ubezpieczającemu* jednego egzemplarza *SUU*, podpisanego przez *Ubezpieczającego* i *Agent*a w imieniu *Towarzystwa* albo
 - b) złożenia *Elektronicznego oświadczenia woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia*, albo
 - c) potwierdzenia realizacji przelewu weryfikacyjnego.
6. Jeżeli treść *SUU* zawiera postanowienia odbiegające od treści *OWU*, *Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
7. W przypadku określonym w ust. 6 powyżej, jeżeli *Ubezpieczający* w terminie 7 dni od doręczenia *SUU* nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
8. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z *Klientem*, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu *Towarzystwa*, kadrę kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd *Towarzystwa*.
9. Datą zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i rozpoczęcia *Ubezpieczenia*, w przypadku gdy *Ubezpieczający* jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie *Umowy Ubezpieczenia*, o której mowa w ust. 8 powyżej, pod warunkiem opłacenia *składki* przez *Ubezpieczającego* w terminie wymagalności.
10. Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* kończy się w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:
 - 1) z końcem okresu, za jaki została opłacona *składka*,
 - 2) z końcem *miesięcznego okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 83 lata,
 - 3) z końcem *miesięcznego okresu rozliczeniowego*, przypadającego po rozwiązaniu *Umowy o pożyczkę*,
 - 4) z końcem *miesięcznego okresu rozliczeniowego*, w którym *Umowa o pożyczkę* została wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* lub Aasa Polska S.A.,
 - 5) z końcem *miesięcznego okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczający* wypowiedział *Umowę Ubezpieczenia*,
 - 6) w dniu stwierdzenia przez *Towarzystwo* *trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, zgodnie z art. 6,
 - 7) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
 - 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta *Umowa o pożyczkę*.

Artykuł 4. Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w trakcie okresu *Ubezpieczenia* świadczenie wypłacane jest *Uposażonemu* w wysokości mniejszej z wartości:

- a) 100% kwoty *pożyczki* zgodnie z pierwotną *Umową o pożyczkę* albo

- b) kwota 25.000 (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy) zł.

Artykuł 5. Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW

W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w wyniku *NW* w trakcie okresu *Ubezpieczenia*, oprócz świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w art. 4 powyżej, *Uposażonemu* wypłacane jest świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:

- a) 100% kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną *Umową o pożyczkę* albo
b) kwota 25.000 (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy) zł.

Artykuł 6. Świadczenie w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

1. W przypadku stwierdzenia przez *Towarzystwo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:
 - a) 100% kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną *Umową o pożyczkę* albo
 - b) kwota 25.000 (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy) zł.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest należne, jeżeli w dniu *NW* lub diagnozy choroby, powodujących *trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, *Ubezpieczony* był objęty *Ubezpieczeniem* oraz był *aktywny zawodowo*, z zastrzeżeniem przypadku określonego w ust. 3 poniżej.
3. W przypadku *Ubezpieczonych*, którzy w dniu *NW* lub diagnozy choroby, powodujących *trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *aktywni zawodowo*, za *trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń powstałych na skutek *NW*, polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
4. Od daty *NW* lub diagnozy choroby do momentu uznania, iż spowodowały one *trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 3 powyżej *trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* zostaje stwierdzona z datą *NW*, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

Artykuł 7. Świadczenie w przypadku min. 3-dniowej hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek NW lub choroby

1. Jeżeli w następstwie *NW* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* nieprzerwanie przez przynajmniej 3 kolejne dni, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:
 - a) 5% kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną *Umową o pożyczkę* albo
 - b) kwota 1.250 (słownie: tysiąc dwieście pięćdziesiąt) zł.
2. Drugie i ostatnie świadczenie, z tytułu tej samej *hospitalizacji*, zostanie wypłacone w tej samej wysokości, o której mowa w ust. 1 powyżej, jeśli *Ubezpieczony* kontynuował *hospitalizację* i podlegał jej bez przerwy przez kolejne 12 dni.
3. Jeśli od daty zakończenia ostatniej *hospitalizacji* do dnia rozpoczęcia kolejnej upłynęły przynajmniej 3 miesiące, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* kolejne świadczenie za *hospitalizację*, zgodnie z ust. 1 i 2.

Artykuł 8. Świadczenie w przypadku poważnej choroby Ubezpieczonego

1. W rozumieniu *OWU* poniższe terminy oznaczają:
 - 1) nowotwór – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
 - 2) zawał mięśnia sercowego – martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem, potwierdzona przez:
 - a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej trzech z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia,
 - zmiany w EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia (nowe zmiany odcinka ST-T lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - nowe patologiczne załamki Q w EKG,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości lub nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych,lub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym, w połączeniu z nowymi patologicznymi załawkami Q lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa w badaniu EKG, bądź z udokumentowaną angiograficznie niedrożnością nowego pomostu wieńcowego lub własnej tętnicy wieńcowej.
- Termin świeży zawał serca nie obejmuje śmierci komórek mięśnia sercowego zaistniałej w przeszłości, a rozpoznanej w czasie późniejszym, jak również schorzeń/zabiegów przebiegających ze zmianami stężenia troponiny: uszkodzenia mechanicznego, niewydolności nerek, niewydolności serca, kardiowersji, ablacji, sepsy, zapalenia mięśnia sercowego lub guzów naciekających serce,
- 3) niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez *Ubezpieczonego* dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebyciem przeszczepu nerki,
- 4) udar mózgu – nagły epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.Uznanie powyższej jednostki chorobowej wymaga udokumentowania trwałych następstw neurologicznych. Wykluczone zostały przypadki przemijającego niedokrwienia mózgu,
- 5) choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego – przebycie w następstwie objawów duszniczej bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przeszskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie rozszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych,
- 6) przeszczepienie narządów – leczenie operacyjne *Ubezpieczonego* obejmujące:
 - przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych, poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
 - przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego

upośledzenia wymienionych narządów.

Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.

- W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo poważnej choroby Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:
 - 100% kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę albo
 - kwota 25.000 (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy) zł.
- Świadczenie z tytułu poważnej choroby zostanie wypłacone w przypadku, gdy diagnoza jednej z poważnych chorób określonych w ust. 1 pkt 1) – 4) tego artykułu lub rozpoczęcie procedur diagnostycznych albo leczenie, których efektem jest diagnoza poważnej choroby, a także zakończenie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 pkt 5) lub 6) tego artykułu, nastąpią nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie obejmującym poważną chorobę.
- W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo poważnej choroby Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty rozpoznania jednej z poważnych chorób określonych w ust. 1 pkt 1) – 4) niniejszego artykułu lub Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 pkt 5) lub 6) niniejszego artykułu.

Artykuł 9. Opłacanie składek

- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za cały okres Ubezpieczenia. Składka obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU, kwoty pożyczki oraz liczby miesięcy pozostałych do końca okresu spłaty pożyczki wg harmonogramu.
- Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonego, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
- Wysokość składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w SUU.

Artykuł 10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

- Świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć, śmierć w wyniku NW, trwała i całkowita niezdolność do pracy, poważna choroba lub min. 3-dniowa hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek NW lub choroby nastąpiły na skutek:
 - choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa i będącej bezpośrednią przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 3 miesięcy trwania Ubezpieczenia,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było przyczyną danego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa,
 - popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła na skutek:
 - nieudanej próby samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, w ciągu 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli min. 3-dniowa hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek NW lub choroby jest spowodowana:
 - przez wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków NW objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia,
 - wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - infekcją powstałą w trakcie hospitalizacji.

Artykuł 11. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

- Ubezpieczający ma prawo zarówno do odstąpienia od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jak również ma prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej obowiązywania.
- Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku przekazanego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
- Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL oraz numer SUU.
- W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia całość składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym Towarzystwo otrzyma oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
- W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczenie trwa do końca miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia zostało złożone przez Ubezpieczającego.
- W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia po upływie 30 dni od dnia jej zawarcia Towarzystwo dokona zwrotu Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta, części składki za niewykorzystany okres ochrony. Wartość składki do zwrotu wyliczana jest zgodnie ze wzorem poniżej:

$R = SP \cdot (Dt/Dn)$, gdzie:

R – składka podlegająca zwrotowi,

SP – składka jednorazowa,

Dt – liczba dni pozostała do końca okresu ochrony, za jaki opłacono składkę,

Dn – liczba dni okresu ochrony, za jakie zapłacono składkę.

Artykuł 12. Roszczenia

- W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - kopii statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku NW,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczonego jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopii dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP;
 - w przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:

• **w przypadku osób aktywnych zawodowo:**

- a) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - b) kopii orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
 - c) kopii dowodu *aktywności zawodowej* (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub kopii stosownej umowy cywilnoprawnej, lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) *Ubezpieczonego* w dniu *NW* lub diagnozy *choroby*, które spowodowały *trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*,
 - d) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*,
 - e) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - f) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, *gdy trwała i całkowita niezdolność do pracy jest związana z wypadkiem przy pracy*,
 - g) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - h) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP;
- **w przypadku osób, które nie były aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:**
- a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - b) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, potwierdzających, że *zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *NW*,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - d) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP;
- 3) w przypadku **min. 3-dniowej hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek NW lub choroby:**
- a) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - b) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - c) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, *gdy hospitalizacja* miała miejsce na skutek *NW*,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, *gdy hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - f) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP;
- 4) w przypadku **poważnej choroby:**
- a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie *choroby*, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - b) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - d) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP.



WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

- **bezpośrednio do Towarzystwa:**
- **przez portal e-roszczenie:** www.eroszczenie.nn.pl,
- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@nn.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres:
NNLife TUnZiR S.A., Departament Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa: www.nnlife.pl/zycie)
lub za pośrednictwem Agenta.

2. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
3. *Towarzystwo* może też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub organ wydający dokument.
4. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
5. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
6. *Towarzystwo* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *zdarzenia ubezpieczeniowego*, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
7. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwo* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w ust. 7 powyżej.
9. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.
Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione, uzasadniając odmowę w terminach określonych w ust. 7 i 8 powyżej.

Artykuł 13. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne w celu podjęcia przez *Towarzystwo* decyzji w przedmiocie zasadności lub wysokości roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 14. Wskazanie i zmiana Uposażonego

1. *Ubezpieczający* ma prawo do wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* oświadczenia w formie pisemnej lub elektronicznej, na adres siedziby *Towarzystwa*: NNLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa lub elektronicznie na adres: klient@nn.pl.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczającego*,
 - b) nr *SUU*,
 - c) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
 - d) PESEL *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
 - e) udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
3. *Ubezpieczający*, wskazując *Uposażonych*, określa procentowy udział każdego z *Uposażonych* w kwocie świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy *Ubezpieczający* 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 *Ubezpieczającego* udziałów tak, aby wszystkie udziały

sumowały się do 100%.

4. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 7 poniżej.
5. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
6. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
7. W przypadku braku wskazania przez *Ubezpieczającego* *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego* w częściach równych.



WAŻNE: *Uposażonego* wskazuje *Ubezpieczający*. *Uposażonym* może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

Artykuł 15. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby *Towarzystwa*: NNLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: klient@nn.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64.
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź *Towarzystwa* ws. reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy. *Towarzystwo* będzie informowało o wydłużeniu terminu. Termin 60 dni na odpowiedź *Towarzystwa* ws. reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy. *Towarzystwo* będzie informowało o wydłużeniu terminu.

4. O ile składający reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. *Towarzystwo* wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podane są adresy stron internetowych obu podmiotów:
 - Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl>,
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – <http://www.knf.gov.pl/>.

Artykuł 16. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia (SUU) rozstrzygają postanowienia SUU.

Artykuł 17. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają *Ubezpieczającego* i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez *Towarzystwo*.
3. Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z 26.07.1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 poz. 1387 t.j.) i Ustawa z 15.02.1992 o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2019 poz. 867 t.j.).

Artykuł 18. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczającego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 19. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.

Artykuł 20. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i *Uposażonego*. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczenie informacji dotyczących Umowy Ubezpieczenia i znacząco usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczający* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. W przypadkach uzasadnionych przepisami prawa *Towarzystwo* może poprosić o dokument tożsamości *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* w celu weryfikacji jego tożsamości oraz zmienionych danych osobowych.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 21. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową Ubezpieczenia* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone *Towarzystwu* w oryginale lub kopii



Justyna Dymek
Członek Zarządu *Towarzystwa*



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu *Towarzystwa*