

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9017ST23 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:

Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:

- | | |
|---|---|
| 1. przesłanek wypłaty świadczenia | art. 7 |
| 2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | art. 2 ust. 2, 4, 5, 7, 11, 13, 15, 17, 19-24 |

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

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.

Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze OWU mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

Artykuł 2. Definicje

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane dużą literą oznaczają:

- Agent** – Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie, który jako agent ubezpieczeniowy wykonuje czynności dystrybucji ubezpieczeń w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- Aktywność zawodowa** – świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ZUS i nie posiada prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.
- Bank** – Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, która miała miejsce w okresie ochrony, powstała na skutek Choroby lub NW, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę Ubezpieczonego, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy nie wykonują Aktywności zawodowej, za Czasową niezdolność do pracy uznaje się Hospitalizację Ubezpieczonego.
- Harmonogram** – obowiązujący na dany dzień plan spłat rat w ramach Umowy pożyczki, określający m.in. kapitał pozostały do spłaty, termin płatności oraz wysokość raty pożyczki z wyodrębnieniem jej poszczególnych składników, w szczególności kapitału, odsetek oraz wszelkich innych kosztów pożyczki, które Klient zobowiązany jest ponieść, dostępny w serwisie bankowości elektronicznej Citibank Online, po zalogowaniu się na indywidualny profil Klienta.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę pożyczki z Bankiem i nie zawarła umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Raty”.
- Miesięczna rata** – kwota raty pożyczki z tytułu Umowy pożyczki, przypadająca w każdym miesiącu – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – do zapłaty, zgodnie z Harmonogramem aktualnym na dzień jej płatności.
- Miesięczny okres ochrony** – okres, na który zawierana jest Umowa Ubezpieczenia, za który opłacona jest Składka, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty ochroną na podstawie zawartej Umowy Ubezpieczenia zgodnie z OWU. Z zastrzeżeniem postanowień art. 5 OWU, pierwszy **Miesięczny okres ochrony** rozpoczyna się w dniu, w którym zgodnie z Harmonogramem przypada termin płatności pierwszej Miesięcznej raty i trwa do dnia, w którym zgodnie z Harmonogramem przypada termin płatności drugiej Miesięcznej raty, pod warunkiem opłacenia Składki. W tym dniu rozpoczyna się drugi **Miesięczny okres ochrony** trwający do dnia rozpoczęcia trzeciego Miesięcznego okresu ochrony, którym jest dzień, w którym zgodnie z Harmonogramem przypada termin płatności trzeciej Miesięcznej raty, pod warunkiem opłacenia Składki. Kolejne Miesięczne okresy ochrony ustala się w sposób analogiczny.

11. **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała lub śmierć.
12. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Super Bezpieczne Raty” nr 9017ST23.
13. **Podwyższenie kapitału** – zwiększenie kwoty kapitału pożyczki zaproponowane Klientowi przez Bank po udzieleniu przez Klienta pozytywnej odpowiedzi na pytanie Towarzystwa o stan jego zdrowia, zadane w rozmowie telefonicznej przez Agenta, skutkujące rozwiązaniem dotychczasowej umowy pożyczki i zawarciem nowej umowy pożyczki, zmianą Harmonogramu oraz kontynuacją Umowy Ubezpieczenia. W przypadku braku potwierdzenia dobrego stanu zdrowia Klienta lub w przypadku niepytania o stan zdrowia Klienta przez Towarzystwo podwyższenie kapitału skutkuje wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia zgodnie z art. 12 ust. 10.



WAŻNE: Podwyższenie kapitału w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia skutkuje także zmianą sposobu ustalania Sum Ubezpieczenia oraz możliwością zastosowania wykluczenia, o którym mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1).

14. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
15. **Poważna choroba** – jedna spośród Chorób wymienionych poniżej:
Zawał mięśnia sercowego: martwica części mięśnia sercowego powstała w wyniku jego niedokrwienia, skutkująca wystąpieniem wszystkich poniższych objawów ostrego zawału mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne (na przykład charakterystyczny ból wieńcowy),
 - b) świeże, typowe dla zawału zmiany w EKG,
 - c) podwyższenie poziomu specyficznych enzymów sercowych, troponin:
 - troponiny T > 1,0 ng/ml,
 - troponiny I (TnI, AccuTnI) > 0,5 ng/ml.Nie są objęte ochroną ostre zespoły wieńcowe, dusznica bolesna.
Nowotwór złośliwy: potwierdzony badaniem histologicznym guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem złośliwych komórek oraz naciekaniami tkanki. Pojęcie nowotworu złośliwego obejmuje również białaczkę, mięsaka oraz chłoniaka z wyłączeniem chłoniaka skórno (chłoniaka ograniczonego do skóry).
Nie są objęte ochroną następujące stany potwierdzone histologicznie:
 - a) stany przedrakowe,
 - b) nowotwory nieinwazyjne,
 - c) nowotwory „in situ”,
 - d) nowotwory o granicznej złośliwości,
 - e) nowotwory o niskiej złośliwości,
 - f) rak prostaty w stadium niższym niż T2N0M0 lub poniżej 6 w skali Gleasona,
 - g) wszelkie raki skóry (w tym chłoniaki skórny) oprócz czerniaka złośliwego w stadium wyższym niż IA (T1a N0 M0).**Udar mózgu:** udar skutkujący trwałymi ubytkami neurologicznymi. Martwica tkanki mózgowej powstała w wyniku niedokrwienia lub krwawienia śródczaszkowego skutkująca trwałym deficytem neurologicznym z utrwalonymi objawami neurologicznymi.
Ochroną nie są objęte przemijające epizody niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA) i skutki urazów tkanki mózgowej i naczyń krwionośnych.
16. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy Ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa lub Agenta, w którym zgłaszane jest zastrzeżenie dotyczące działalności lub usług świadczonych przez Towarzystwo.
17. **Saldo zadłużenia** – kwota kapitału pożyczki pozostała do spłaty w ramach Umowy pożyczki, ustalona na dzień obliczania Salda zadłużenia, wynikająca z Harmonogramu.
18. **Składka** – kwota opisana w Polisie, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu.
19. **Suma ubezpieczenia** – oznacza łączną, górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, która nie może być większa niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, obejmującą: Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, Sumę ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji, Sumę ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy.
20. **Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji** – 12-krotność kwoty równej 100% Miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu aktualnego na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed rozpoczęciem Czasowej niezdolności do pracy lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy, ale nie więcej niż 15.000 (piętnaście tysięcy) złotych miesięcznie.
21. **Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego** – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego jednej z Poważnych chorób lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do dnia diagnozy nie minęło 12 miesięcy, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień płatności miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego jednej z Poważnych chorób lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do dnia diagnozy nie minęło 12 miesięcy.
22. **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego** –
 - a) Jeśli nie nastąpiło Podwyższenie kapitału: Saldo zadłużenia ustalone na dzień śmierci Ubezpieczonego, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci.
 - b) Jeśli nastąpiło Podwyższenie kapitału: w przypadku **śmierci w wyniku NW** – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci. W przypadku **śmierci z przyczyn innych niż NW** – dotyczy wyłącznie osób, które w dniu Podwyższenia kapitału nie ukończyły 65 lat – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do śmierci Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci.
Jeśli od dnia Podwyższenia kapitału upłynęło więcej niż 12 miesięcy – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci.
23. **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek** – dotyczy wyłącznie osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończyły 65 lat. Jest to kwota stanowiąca sumę równą 12-krotności Miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu aktualnego na dzień płatności ostatniej Miesięcznej raty bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do śmierci Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy.
24. **Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy** – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy.
25. **Szpital** – zakład leczniczy, działający na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



WYJAŚNIENIE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne i tzw. szpitale/kliniki jednego dnia.

26. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych OWU.
27. **Towarzystwo** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie, 00-342, ul. Topiel 12, 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. Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
28. **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.
29. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia, za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.

30. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia „Super Bezpieczne Raty”.
31. **Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.



WAŻNE: Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym. Jest osobą, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z Towarzystwem i jest zobowiązana do opłacania Składek oraz osobą, której życie lub zdrowie są chronione.

32. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym za pośrednictwem Agenta, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Polisa oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
33. **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki gotówkowej zawarta pomiędzy Klientem a Bankiem. Na potrzeby niniejszych OWU zawarcie nowej umowy pożyczki po Podwyższeniu kapitału i potwierdzeniu dobrego stanu zdrowia Klienta na pytanie Towarzystwa uznawane jest za zmianę Harmonogramu w ramach tej samej Umowy pożyczki.
34. **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest każda osoba wskazana przez Ubezpieczającego. 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.
35. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia określone poniżej:
- 1) w przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału nie ukończyły 65. roku życia, zakres Ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Czasową niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych, którzy w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywni zawodowo, albo
 - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku dla Ubezpieczonych, którzy w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywni zawodowo,
 - Poważną chorobę Ubezpieczonego,
 - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończyły 65. rok życia, a nie ukończą 86. roku życia w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia określony w Polisie obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego Ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.



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

Artykuł 4. Rodzaje i wysokość Świadczeń ubezpieczeniowych

W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych poniżej:

1. **Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu:**
 - śmierci Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału nie ukończył 65. roku życia albo
 - śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończył 65. rok życia

W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 19 i ust. 22 i nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
2. **Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończył 65. rok życia i nie ukończy 86. roku życia w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia**

W razie śmierci Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek Towarzystwo wypłaca Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 19 i ust. 23 i nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
3. **Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywne zawodowo, albo Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby dla osób, które w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywne zawodowo**
 - 1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia w okresie Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, następującej po 30. dniu rozpoczęcia tej niezdolności jest Aktywny zawodowo, pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe będzie należne po 30. dniu nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy, a jego wysokość będzie równa 100% Miesięcznej raty, o której mowa w art. 2 ust. 9, przypadającej w okresie Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z Harmonogramem aktualnym na dzień płatności Miesięcznej raty bezpośrednio przed rozpoczęciem Czasowej niezdolności do pracy, pomniejszonej o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia.
 - 2) Każde kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest za każdy kolejny dzień Czasowej niezdolności do pracy, następujący po 30. dniu Czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w pkt 1), i jest płatne po każdym kolejnym okresie 30 dni Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w wysokości 1/30 kwoty, o której mowa w pkt 1) powyżej, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba dni, za które należne jest Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy, nie może przekroczyć 360 dni, natomiast z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych związanych z Czasową niezdolnością do pracy w trakcie całego okresu Ubezpieczenia nie może przekroczyć 540 dni, a całkowita kwota świadczeń – wartości, o której mowa w art. 2 ust. 20.
 - 3) W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy ma miejsce w czasie krótszym niż 360 dni od dnia zakończenia poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Czasowej niezdolności do pracy pod warunkiem, że trwa ona przez co najmniej 30 następujących po sobie dni i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.
 - 4) Decyzja Towarzystwa o uznaniu Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w oparciu o:
 - a) dokument wystawiony przez pracodawcę/zleceniobiorcę, potwierdzający, że w danym terminie pracownik/zleceniobiorca przebywał na zwolnieniu lekarskim na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Czasowej niezdolności do pracy oraz
 - b) kopię wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA (potwierdzony pieczęcią lekarza wystawiającego dokument) lub kopię orzeczenia wydanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub lekarza rzeczoznawcę KRUS o Czasowej niezdolności do pracy, lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - 5) Prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się:
 - a) z upływem 360-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy,
 - b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
 - c) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - d) z dniem, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, orzeczenia przez ZUS o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - e) z upływem 540-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w trakcie całego okresu Ubezpieczenia,
 - f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji, zgodnie z art. 2 ust. 20, lub 100% Sumy ubezpieczenia, zgodnie z art. 2 ust. 19,
 - g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa.
 - 6) Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego w wysokości określonej w pkt 1) ust. 3 powyżej zostanie wypłacone pod warunkiem, że zostaną łącznie spełnione następujące warunki:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia lub Choroby, która rozpoczęła się w czasie trwania Ubezpieczenia,
 - b) Hospitalizacja Ubezpieczonego miała miejsce w trakcie trwania Ubezpieczenia,

- c) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez okres co najmniej 7 następujących po sobie dni.
- 7) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie jest Aktywny zawodowo, pierwsze miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe płatne jest za pierwszych 7 następujących po sobie dni Hospitalizacji, a jego wysokość będzie równa 100% Miesięcznej raty określonej w art. 2 ust. 9.
- 8) Każde kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest za każdy następny dzień Hospitalizacji i jest płatne po każdym kolejnym okresie 30 dni Hospitalizacji Ubezpieczonego, w wysokości 1/30 kwoty, o której mowa w pkt 7) powyżej, za każdy 30-dniowy okres Hospitalizacji z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba dni, za które należne jest Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Hospitalizacją Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 360 dni, a całkowita kwota Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Hospitalizacją Ubezpieczonego – wartości, o której mowa w art. 2 ust. 20.
- 9) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 360 dni.
- 10) Prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Hospitalizacji kończy się:
- a) z upływem 360-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednej Hospitalizacji,
 - b) z upływem ostatniego dnia Hospitalizacji,
 - c) z upływem 540-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji w trakcie całego okresu Ubezpieczenia,
 - d) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji, zgodnie z art. 2 ust. 20, lub 100% Sumy ubezpieczenia, zgodnie z art. 2 ust. 19,
 - e) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z art. 12.
4. **Świadczenie z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego**
- 1) W przypadku zachorowania w okresie Ubezpieczenia na jedną z Poważnych chorób należne świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego, o której mowa w art. 2 ust. 21, jest wypłacane Ubezpieczonemu i nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia.
 - 2) W przypadku zajścia zdarzenia Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez kolejno następujące po sobie 30 dni od daty rozpoznania Poważnej choroby.
5. **Świadczenie w przypadku Trwałej niezdolności do pracy**
1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w art. 2 ust. 24, i nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia.
 2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem oraz był Aktywny zawodowo i nie ukończył 65. roku życia, z zastrzeżeniem przypadku określonego w ust. 3 poniżej.
 3. W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo, za Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń 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 Nieszczęśliwego wypadku do momentu uznania, iż spowodował on Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 3 powyżej Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku, a warunku dotyczącego upływu okresu 12 miesięcy nie stosuje się.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy, początek i okres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) w dniu rozpoczęcia Ubezpieczenia ukończył 18 lat,
 - 2) w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia nie ukończy 86 lat,
 - 3) zawarł Umowę pożyczki i nie zawarł umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Raty”,
 - 4) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia do końca okresu spłaty pożyczki wg Harmonogramu nie może pozostać mniej niż 6 miesięcy,
 - 5) złożył za pośrednictwem Agenta drogą telefoniczną oświadczenie woli dotyczące zawarcia Umowy Ubezpieczenia „Super Bezpieczne Raty” oraz potwierdził, że aktualnie nie jest częściowo lub całkowicie niezdolny do pracy i nie był niezdolny do pracy nieprzerwanie przez czas dłuższy niż 30 dni w ciągu ostatniego roku,
2. Klient, który spełnia wymogi określone w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki zgodnie z niniejszymi OWU.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu, w którym przypada dzień płatności pierwszej Miesięcznej raty po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.
4. W przypadku nieopłacenia Składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
5. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu akceptacji wniosku o ubezpieczenie przez Towarzystwo, o czym za pośrednictwem Agenta Towarzystwo niezwłocznie informuje Ubezpieczonego. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia jest potwierdzane Polisą przekazywaną Ubezpieczającemu.
6. Jeżeli treść Polisy zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
7. W przypadku określonym w ust. 6, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia – o treści określonej w Polisie – 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 lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (dalej: odpowiednio 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. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas trwania Miesięcznego okresu ochrony, za który została opłacona Składka, a następnie jest przedłużana na kolejny taki okres, pod warunkiem opłacenia Składki.

Artykuł 6. Składka

1. Wysokość Składki jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia, a także charakterystyki Umów pożyczki.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w walucie polskiej za każdy Miesięczny okres ochrony, z dołu, w dniu, w którym przypada zapłata Miesięcznej raty pożyczki zgodnie z terminem wskazanym w aktualnym Harmonogramie, za poprzedni Miesięczny okres ochrony.
3. Składka za **pierwszy** Miesięczny okres ochrony kalkulowana jest jako iloczyn stawki 0,300% i Salda zadłużenia na dzień płatności pierwszej Miesięcznej raty. Płatna jest wg Harmonogramu w dniu płatności drugiej Miesięcznej raty. Nieopłacenie Składki za pierwszy Miesięczny okres ochrony powoduje, że Ubezpieczenie się nie rozpocznie.
4. Składka za **drugi** Miesięczny okres ochrony kalkulowana jest jako iloczyn stawki 0,300% i Salda zadłużenia ustalonego wg Harmonogramu na dzień płatności drugiej Miesięcznej raty.

Płatna jest w dniu płatności trzeciej Miesięcznej raty. Składki za kolejne Miesięczne okresy ochrony kalkulowane są w sposób analogiczny. Od drugiego Miesięcznego okresu ochrony przysługuje prolongata płatności Składki na okres równy Miesięcznemu okresowi ochrony.

5. Ubezpieczający opłaca Składkę, której koszt określony jest w Polisie.
6. Nieopłacenie Składki w terminie, o którym mowa w ust. 4, za każdy kolejny, rozpoczynając od drugiego, Miesięczny okres ochrony powoduje, że Umowa Ubezpieczenia nie zostanie przedłużona na kolejny, po prolongacie płatności Składki, Miesięczny okres ochrony. Za okres prolongaty Towarzystwu przysługuje składka.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - a) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii potwierdzonej przez Agenta,
 - b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczonego jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone w formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 2) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - a) kopii wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruku formularza e-ZLA (potwierdzonego imienną pieczętką lekarza wystawiającego dokument), lub kopii orzeczenia wydanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub lekarza rzeczoznawcę KRUS o Czasowej niezdolności do pracy, lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie – potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - b) dokumentu potwierdzającego, że w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony uzyskiwał dochód z tytułu umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilno-prawnej,
 - c) pisemnego zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę/zleceniodawcę potwierdzającego, że w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony uzyskiwał dochód z tytułu umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - d) dokumentu wystawionego przez pracodawcę/zleceniodawcę, potwierdzający, że w danym terminie pracownik/zleceniobiorca przebywał na zwolnieniu lekarskim na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Czasowej niezdolności do pracy,
 - e) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
 - f) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - g) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę/zleceniodawcę, gdy Nieszczęśliwy wypadek powodujący Czasową niezdolność do pracy wydarzył się w miejscu świadczenia pracy,
 - h) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone w formularzu Towarzystwa,
 - i) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku **Hospitalizacji**:
 - a) kopii dokumentacji medycznej Ubezpieczonego dotyczącej Hospitalizacji,
 - b) kopii karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy Hospitalizacja miała miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Hospitalizacja jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone na formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 4) w przypadku wystąpienia **Trwałej niezdolności do pracy** Ubezpieczonego:
 - w przypadku osób Aktywnych zawodowo, które nie ukończyły 65. roku życia:
 - 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 kopia stosownej umowy cywilnoprawnej) Ubezpieczonego w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby, które spowodowały Trwałą niezdolność do pracy,
 - d) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej 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 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;
 - w przypadku osób, które nie były Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej 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 Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - d) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 5) 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.
2. Dodatkowe informacje:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentacji medycznej lub prawnej dotyczącej tego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski,
 - b) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego:
 - a) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni w terminie określonym w lit. a).

Artykuł 8. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzania 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 i treścią Umowy Ubezpieczenia, jeżeli jest to niezbędne

w celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności roszczenia. Wszelkie Świadczenia ubezpieczeniowe zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje Ubezpieczonego na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

Artykuł 9. Wskazanie i zmiana Uposażonych



WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczający. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn zgodnie z przepisami obowiązującymi w dacie zawierania Umowy Ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie do Towarzystwa lub do Banku pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - 2) nr Polisy, którym jest nr Umowy pożyczki,
 - 3) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - 4) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - 5) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba przedsiębiorstwa),
 - 6) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: NIP),
 - 7) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 2 powyżej, uniemożliwiających ustalenie Uposażonego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 34.
4. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Agenta lub Towarzystwo skutecznego oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, a Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest zgodnie z art. 2 ust. 34.
6. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, Ubezpieczający powinien określić ich udziały procentowe w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego.
7. W przypadku nieokreślenia udziałów procentowych poszczególnych Uposażonych w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego przyjmuje się, iż ich udziały są równe.

Artykuł 10. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje **Zdarzeń ubezpieczeniowych** powstałych na skutek:
 - 1) Choroby lub Poważnej Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej lub poprzedzających dzień, w którym nastąpiło Podwyższenie kapitału i będącej bezpośrednią przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 12 miesięcy od zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub od dnia, w którym nastąpiło Podwyższenie kapitału,
 - 2) samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub samookaleczenia Ubezpieczonego, a także uszkodzenia ciała na jego prośbę,
 - 3) wojny, działań zbrojnych, strajku, zamieszek lub aktów terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - 5) spożycia, spożywania lub pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środków odurzających lub psychotropowych, pobudzających, halucynogennych, narkotyków, innych środków o podobnym działaniu, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.
2. Dodatkowo Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli **Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja** Ubezpieczonego wystąpiły wskutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli **Trwała niezdolność do pracy** nastąpiła na skutek:
 - 1) nieudanej próby samobójstwa Klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 3) niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.

Artykuł 11. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, jak również ma prawo do wypowiedzenia tej umowy w całym okresie jej obowiązywania, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie następuje na podstawie oświadczenia złożonego Agentowi lub bezpośrednio do Towarzystwa.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Polisy, którym jest numer Umowy pożyczki wskazany na Polisie.
4. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni liczonych od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia uznaje się, że Ubezpieczony nie był objęty ochroną.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ta ulega rozwiązaniu z upływem danego Miesięcznego okresu ochrony, tj. z dniem wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) Miesięcznej raty przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia.

Artykuł 12. Wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

Umowa Ubezpieczenia wygasa w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:

- 1) śmierci Ubezpieczonego,
- 2) z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym zdiagnozowano Poważną Chorobę, jeśli Towarzystwo podjęło decyzję o wypłacie świadczenia z tego tytułu,
- 3) z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym Towarzystwo stwierdziło Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- 4) odstąpienia od Umowy pożyczki,
- 5) z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym dokonano wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w art. 11 ust. 5,
- 6) upływu okresu wskazanego w Harmonogramie, który pozostał do końca okresu, na jaki została udzielona pożyczka na podstawie Umowy pożyczki,
- 7) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie ubezpieczenia w odniesieniu do tej samej Umowy pożyczki,
- 8) w przypadku wcześniejszej, całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy pożyczki,
- 9) w przypadku rozwiązania Umowy pożyczki w terminie wcześniejszym niż określony w Harmonogramie,
- 10) w przypadku podwyższenia kapitału pożyczki, za wyjątkiem Podwyższenia kapitału po potwierdzeniu przez Ubezpieczonego dobrego stanu zdrowia w odpowiedzi na pytanie Towarzystwa,
- 11) w przypadku nieopłacenia Składki – z upływem prolongaty płatności Składki równej Miesięcznemu okresowi ochrony (nie dotyczy pierwszej Składki, której nieopłacenie powoduje, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się),
- 12) z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył 86. rok życia.



WYJAŚNIENIE: Ubezpieczający ma możliwość rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia w każdym momencie jej trwania. Powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, uprawniony z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy Ubezpieczenia, może złożyć Reklamację:
 - 1) na piśmie na adres siedziby Towarzystwa: Nationale-Nederlanden TUNŻ S.A. ul. Topiel 12 00-342 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: klient@nn.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70,
 - 4) u Agenta:
 - a) na piśmie – złożonej osobiście w Oddziale Banku w godzinach pracy Oddziału albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Goleśzowska 6, 01–249 Warszawa,
 - b) w formie ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w Oddziale Banku,
 - c) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej Banku, przez serwis bankowości internetowej Citibank Online po zalogowaniu w sekcji „Kontakt z bankiem”.Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie Reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl).
2. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych od daty jej otrzymania przez Towarzystwo lub Agenta.
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.

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 lub Agenta na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia 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 podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – <http://www.knf.gov.pl>.

Artykuł 14. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a postanowieniami Polisy rozstrzygają postanowienia Polisy.

Artykuł 15. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą Świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych Świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty Świadczenia ubezpieczeniowego przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

Artykuł 16. Doręczenia

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

Artykuł 17. 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. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa.

Artykuł 18. Aktualizacja informacji

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa lub Agenta o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa lub Agenta pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o byciu lub zaprzestaniu bycia PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 19. Postanowienia końcowe

1. W relacjach z Ubezpieczającym oraz Uposażonym zastosowanie ma język polski.
2. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.
3. Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową Ubezpieczenia powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone do Towarzystwa w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Agenta lub Towarzystwa.



Justyna Dymek
Członek Zarządu Towarzystwa



Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu Towarzystwa

Niniejsze OWU „Super Bezpieczne Raty” wchodzi w życie 3 stycznia 2023