

Wybieram Zdrowie

Ogólne warunki ubezpieczenia

Spis treści

Wybieram Zdrowie w skrócie.....4

Ogólne warunki ubezpieczenia Wybieram Zdrowie dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A.8

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?8

Art. 2 Jaki jest zakres Umowy ubezpieczenia?9

Art. 3 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy ubezpieczenia?9

Art. 4 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?9

Art. 5 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia? 10

Art. 6 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia? 10

Art. 7 W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia? 10

Art. 8 Kiedy się rozpoczyna i kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa? 10

Art. 9 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać? 10

Art. 10 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/ Ubezpieczonego? 11

Art. 11 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o wypłacie Świadczenia pieniężnego? 11

Art. 12 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze i jakie Świadczenie pieniężne wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku Zachorowania na nowotwór? 11

Art. 13 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o przyznaniu Zagranicznej konsultacji medycznej? 12

Art. 14 Jaki jest zakres Zagranicznej konsultacji medycznej? 12

Art. 15 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia pieniężnego oraz nie przyzna Zagranicznej konsultacji medycznej? 12

Art. 16 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia? 13

Art. 17 Reklamacje 13

Art. 18 Rozstrzyganie sporów 13

Art. 19 Opodatkowanie świadczeń 14

Art. 20 Wejście w życie Warunków 14

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” 15

Tabela Limitów i Opłat nr TLiO/NAB10/1/2017 19

Dodatkowe informacje prawne 20

Wybieram Zdrowie w skrócie

Dzięki ubezpieczeniu:



Otrzymasz od nas nawet **75 000 zł na walkę z nowotworem**, dzięki czemu możesz skupić się na leczeniu, bez martwienia się o środki finansowe.



Zorganizujemy i pokryjemy koszty praktycznej pomocy na wstępnym etapie leczenia nowotworu – zagranicznej konsultacji medycznej u specjalistów.

Szczegóły ubezpieczenia:

1 Warianty Sumy ubezpieczenia do wyboru:

- Wariant podstawowy: **25 000 zł**
- Wariant rozszerzony: **50 000 zł**
- Wariant pełny: **75 000 zł**

2 Ubezpieczenie obejmuje:

Świadczenie pieniężne	Zakres ubezpieczenia	
100% Sumy ubezpieczenia	Nowotwór złośliwy	Za wyjątkiem: <ul style="list-style-type: none">• dysplazji szyjki macicy oraz wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych• czerniaka złośliwego C43 w stopniu zaawansowania klinicznego 1A• nowotworu gruczołu krokowego C61 w stopniu zaawansowania T1N0M0• nowotworu tarczycy C73 o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisanego jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC• nowotworów współistniejących z infekcją HIV
25% Sumy ubezpieczenia	Rak przedinwazyjny	Za wyjątkiem: <ul style="list-style-type: none">• dysplazji szyjki macicy oraz wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych• nowotworów współistniejących z infekcją HIV
	Niezłośliwy guz mózgu	Za wyjątkiem: <ul style="list-style-type: none">• nowotworów współistniejących z infekcją HIV
10% Sumy ubezpieczenia	Nowotwór skóry	Za wyjątkiem: <ul style="list-style-type: none">• wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych• nowotworów współistniejących z infekcją HIV

Za każdym razem, gdy otrzymasz Świadczenie pieniężne, możesz skorzystać z jednej Zagranicznej konsultacji medycznej.

Szczegółowa lista jednostek chorobowych objętych ubezpieczeniem znajduje się w Załączniku nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” nr OWU/NAB10/1/2017.

Najważniejsze pytania i odpowiedzi



Co się stanie, jeśli nie opłacę Składki w wymaganym terminie albo w wymaganej wysokości?

Jeśli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na opłacenie zaległej Składki, wpłata Składki nie nastąpi w należytym kwocie albo we wskazanym terminie, Umowa ubezpieczenia wygaśnie z końcem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka.



Ile razy Nationale-Nederlanden wypłaci mi pieniądze?

W czasie trwania Umowy masz prawo do jednego świadczenia pieniężnego z tytułu zachorowania na Raka przedinwazyjnego, Niezłośliwego guza mózgu albo Nowotwór skóry i jednego z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy. Przy czym wypłata z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy kończy Umowę ubezpieczenia.



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

W przypadku Zachorowania na nowotwór wypłacimy Ci Świadczenie pieniężne w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia. Jedynie w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, wypłacimy Świadczenie z tytułu Zachorowania na nowotwór równe sumie Składek należnych na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.



Czy jest możliwe, że Nationale-Nederlanden nie wypłaci mi pieniędzy albo nie przyzna Zagranicznej konsultacji medycznej?

Są sytuacje, kiedy nie ponosimy odpowiedzialności, m.in. w przypadku, gdy nowotwór rozpoznano przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jest następstwem choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Pełna lista wyłączeń znajduje się w Ogólnych warunkach ubezpieczenia.



Co należy zmieniać na mojej polisie?

W czasie trwania Umowy ubezpieczenia ważne jest, aby aktualizować swoje dane osobowe. Jak to zrobić, znajdziesz poniżej.



Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Od Umowy ubezpieczenia można odstąpić w terminie 30 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia albo od dnia otrzymania dokumentu „Dodatkowe informacje prawne”, jeżeli jest to termin późniejszy. Po upływie tego czasu można zrezygnować z ubezpieczenia z końcem bieżącego Miesiąca polisowego. Jak złożyć dyspozycję związaną z odstąpieniem bądź rezygnacją z Umowy ubezpieczenia, znajdziesz poniżej.



Na jaki okres zawierana jest Umowa ubezpieczenia?

Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na 5 Lat polisowych. O ile do końca ostatniego Roku polisowego Umowy ubezpieczenia nie ukończysz 61. roku życia, możemy Ci zaproponować przedłużenie Umowy ubezpieczenia na okres kolejnych 5 Lat polisowych. Otrzymasz wówczas informację o wysokości Składki oraz o zakresie ubezpieczenia, które będą obowiązywały w tym okresie. Przedłużenie nastąpi, o ile wyrazisz zgodę w formie wskazanej w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.



Kiedy Umowa ubezpieczenia wygasa?

Umowa ubezpieczenia wygasa:

- z upływem okresu, na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejne 5 Lat polisowych,
- z dniem wypłaty Świadczenia pieniężnego z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy,
- z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, w przypadku rozwiązania umowy Rachunku,
- z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, jeżeli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na opłacenie zaległej Składki, Składka ta nie zostanie opłacona w tym terminie.



Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia?

Ogólne warunki ubezpieczenia zawierają istotne postanowienia dotyczące Umowy ubezpieczenia. Na zasadach w nich określonych będzie wykonywana Umowa ubezpieczenia. Dokument ten został przygotowany tak, by łatwo można było się w nim poruszać i znaleźć przydatne informacje, np.: Przesłanki wypłaty świadczenia i realizacja innych świadczeń: Art. 1-2, Art.8, Art. 11-14; Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: Art. 15.



Jaką korespondencję będę otrzymywać od Nationale-Nederlanden?

Pierwszym dokumentem przekazany przez nas będzie Dokument ubezpieczenia potwierdzający złożenie telefonicznie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Po opłaceniu pierwszej Składki nastąpi zawarcie Umowy ubezpieczenia, co potwierdzimy SMS-em bądź e-mailem. Przed każdą 5. rocznicą ochrony ubezpieczeniowej prześlemy też propozycję kontynuacji lub informację o zakończeniu Umowy ubezpieczenia.



Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania Reklamacji?

W przypadku zastrzeżeń dotyczących naszych usług można zwrócić się do nas w dowolnej formie: telefonicznie, pod numerem telefonu: ☎ 801 20 30 40, drogą elektroniczną poprzez serwis internetowy (www.nn.pl) lub pisemnie na adres Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa). Zgłoszenie reklamacyjne możesz złożyć Ty lub osoba uprawniona z tytułu Umowy ubezpieczenia. Odpowiedzi udzielane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie reklamacji nie jest możliwe w tym terminie, zgłaszający jest o tym informowany.



Jak składać dyspozycje i zapytania dotyczące Umowy ubezpieczenia?

- Oświadczenia związane ze **zmianą danych osobowych** należy składać do Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Banku.
- Oświadczenia dotyczące **odstąpienia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia** należy składać telefonicznie pod numerem telefonu: ☎ +48 22 522 09 90.
- Dokumentację dotyczącą **wypłaty Świadczenia** pieniężnego należy dostarczyć:
 - w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl) – w takim przypadku Nationale-Nederlanden może wymagać dostarczenia dokumentów w formie papierowej,
 - osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden lub
 - przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa).
- W celu **skorzystania z Zagranicznej konsultacji medycznej** należy niezwłocznie skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu: ☎ +48 22 563 12 74.



Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie”
nr OWU/NAB10/1/2017 (OWU)

Tabeli limitów i opłat nr TLiO/NAB10/1/2017 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU i TLiO

Nr Artykułu OWU/ TLiO

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 8, Art. 9, Art. 10, Art. 11-14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 8, Art. 15
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

Wybieram Zdrowie dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A.

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. kodem NAB10 jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie”, kod OWU/NAB10/1/2017, zwanych dalej Warunkami.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **„Agent”** – Bank. Agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
- 2) **„Bank”** – Alior Bank S.A.
- 3) **„Centrum Operacyjne”** – podmiot, który na podstawie umowy z Nationale-Nederlanden dokonuje Realizacji zagranicznej konsultacji medycznej.
- 4) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 5) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych zachowania (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 6) **„Dokument ubezpieczenia”** – jest to dokument:
 - a) potwierdzający złożenie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub
 - b) wystawiony przez Nationale-Nederlanden w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, potwierdzający istotne postanowienia tej Umowy ubezpieczenia.
- 7) **„Dzień roboczy”** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- 8) **„Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”** – dzień wskazany w Dokumencie ubezpieczenia, od którego świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym została opłacona pierwsza Składka.
- 9) **„Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia”** – dzień pobrania pierwszej Składki z Rachunku Właściciela polisy.
- 10) **„Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia”** – dzień wskazany w Dokumencie ubezpieczenia.
- 11) **„Konsultant”** – placówka medyczna wyznaczona przez Centrum Operacyjne do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej konsultacji medycznej, działająca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, upoważniona do udzielenia Zagranicznej konsultacji medycznej.
- 12) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 13) **„Lekarz Centrum Operacyjnego”** – Lekarz konsultant współpracujący z Centrum Operacyjnym.
- 14) **„Miesiąc polisowy”** – okres, za który zostanie opłacona Składka. Miesiąc polisowy jest równy miesięcowi kalendarzowemu. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 15) **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12; ubezpieczyciel.
- 16) **„Niezłośliwy guz mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytek neurologiczny. Ubezpieczenie nie obejmuje nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- 17) **„Nowotwór skóry”** – nowotwór skóry opisywany jako kolczysto-komórkowy lub podstawno-komórkowy, w każdym stopniu zaawansowania potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych oraz nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- 18) **„Nowotwór złośliwy”** – nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

 - Dysplazji szyjki macicy oraz wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych;
 - Czerniaka złośliwego C43 w stopniu zaawansowania klinicznego 1A;
 - Nowotworu gruczołu krokowego C61 w stopniu zaawansowania T1N0M0;

- Nowotworu tarczycy C73 o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisanego jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC;
 - Nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- 19) **„Posiadacz rachunku”** – klient Banku, będący właścicielem Rachunku. Z chwilą zawarcia Umowy ubezpieczenia Posiadacz rachunku staje się Właścicielem polisy.
 - 20) **„Rachunek”** – rachunek oszczędnościowy lub oszczędnościowo-rozliczeniowy lub rachunek rozliczeniowy prowadzony przez Bank.
 - 21) **„Rak przedinwazyjny”** – Carcinoma in situ, ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje dysplazji szyjki macicy oraz wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych oraz nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
 - 22) **„Realizacja zagranicznej konsultacji medycznej”** – organizacja i pokrycie kosztów Zagranicznej konsultacji medycznej.
 - 23) **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną z Umowy ubezpieczenia do Nationale-Nederlanden, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
 - 24) **„Rok polisowy”** – pierwsze 12 Miesięcy polisowych liczone od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie każde kolejne 12 Miesięcy polisowych.
 - 25) **„Siła wyższa”** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie w Realizacji zagranicznej konsultacji medycznej.
 - 26) **„Składka”** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, jaką Właściciel polisy jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu Umowy ubezpieczenia, w wysokości i w terminach wskazanych w Dokument ubezpieczenia.
 - 27) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota zależna od wybranego wariantu stanowiąca podstawę Świadczenia pieniężnego:

Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant pełny
25 000 zł	50 000 zł	75 000 zł

- 28) **„Świadczenie pieniężne”** – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadku zajścia w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej Zachorowania na nowotwór Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach oraz w Załączniku nr 1 do Warunków.
- 29) **„Ubezpieczony”** – osoba, której zdrowie jest objęte ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 30) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie”, kod NAB10, której przedmiotem jest zdrowie Ubezpieczonego.

- 31) **„Wiek ubezpieczonego”** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym lub w pierwszym dniu szóstego oraz każdego kolejnego co szóstego Roku polisowego.
- 32) **„Właściciel polisy”** – Posiadacz rachunku, który zawarł Umowę ubezpieczenia z Nationale-Nederlanden i zobowiązał się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.
- 33) **„Zachorowanie na nowotwór”** – zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny, Niezłośliwy guz mózgu albo Nowotwór skóry.
- 34) **„Zagraniczna konsultacja medyczna”** – świadczenie ubezpieczeniowe przyznawane przez Nationale-Nederlanden, na zasadach opisanych w Warunkach,

Art. 2 Jaki jest zakres Umowy ubezpieczenia?

1. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne oraz przyzna Zagraniczną konsultację medyczną w przypadku wystąpienia Zachorowania na nowotwór Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
3. Umowa ubezpieczenia obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy ubezpieczenia?

1. Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia może złożyć Posiadacz rachunku, który posiada pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz rachunku, który ukończył 18. rok życia oraz:
 - w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym
 - albo
 - w pierwszym dniu szóstego lub każdego kolejnego co szóstego Roku polisowego – w przypadku kontynuacji Umowy ubezpieczenia, o której mowa w Art. 6, nie ukończył 61. roku życia.
3. Ubezpieczony może być jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej Umowy ubezpieczenia.

Art. 4 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest przez Posiadacza rachunku oraz Nationale-Nederlanden, na podstawie wniosku Posiadacza rachunku o zawarcie tejże umowy, złożonego podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej z Nationale-Nederlanden.
2. Po akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Posiadacza rachunku otrzyma od Nationale-Nederlanden Dokument ubezpieczenia wraz z dokumentem przekazywanym zgodnie z wymogiem art. 39 ustawy z dnia 30 maja 2014 r.

o prawach konsumenta w procesie zawierania umowy na odległość (Dodatkowe informacje prawne).

Korespondencja będzie przesłana:

- pocztą na adres korespondencyjny albo
- elektronicznie na adres e-mail,

Posiadacza rachunku, podany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w momencie opłacenia pierwszej Składki przez Posiadacza rachunku na zasadach opisanych w Art. 9 ust. 3 Warunków.
4. Po opłaceniu pierwszej Składki przez Posiadacza rachunku, Nationale-Nederlanden potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia w szczególności przy wykorzystaniu drogi porozumiewania się na odległość.
5. Zawarcie Umowy ubezpieczenia jest możliwe tylko wtedy, gdy w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Posiadacz rachunku nie jest już objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

Art. 5 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na czas do upływu pięciu pełnych Lat polisowych, z możliwością przedłużenia na okres kolejnych pięciu Lat polisowych.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na podstawie oświadczenia złożonego przez Właściciela polisy, z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym zostało złożone to oświadczenie. Oświadczenie to może być złożone w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia do Nationale-Nederlanden w sposób opisany w Art. 16.
3. Umowa ubezpieczenia wygasa:
 - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejne pięć Lat polisowych,
 - b) z dniem wypłaty Świadczenia pieniężnego z tytułu Zachorowania na nowotwór w związku z Nowotworem złośliwym,
 - c) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, w przypadku rozwiązania umowy Rachunku,
 - d) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - e) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, jeżeli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na opłacenie zaległej Składki, Składka ta nie zostanie opłacona w tym terminie.

Art. 6 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia?

1. O ile do końca ostatniego Roku polisowego Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie ukończy 61. roku życia, najpóźniej miesiąc przed dniem zakończenia Umowy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia na okres kolejnych pięciu Lat polisowych wraz z informacją o wysokości Składki oraz o zakresie ubezpieczenia, które będą obowiązywały w tym okresie.

2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaze Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.
3. Przedłużenie nastąpi, o ile Właściciel polisy wyrazi na nie zgodę w formie wskazanej w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia obejmuje tego samego Ubezpieczonego.
5. Wysokość Składki jest ustalana zgodnie z Art. 9 ust. 1.
6. Nationale-Nederlanden potwierdza przedłużenie Umowy ubezpieczenia wysyłając Właścicielowi Dokument ubezpieczenia.

Art. 7 W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia?

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie oświadczenia Właściciela polisy, złożonego do Nationale-Nederlanden, w sposób wskazany w Art. 16, w terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia albo od dnia otrzymania dokumentu przekazywanego Ubezpieczonemu zgodnie z wymogiem art. 39 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta w procesie zawierania umowy na odległość (Dodatkowe informacje prawne), na papierze lub innym trwałym nośniku, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Nationale-Nederlanden zwraca kwotę wpłaconej Składki Właścicielowi polisy w terminie 30 dni od dnia otrzymania jego oświadczenia. Zwrot dokonywany jest na rachunek bankowy wskazany w oświadczeniu lub w razie jego braku na Rachunek, z którego została opłacona Składka.

Art. 8 Kiedy się rozpoczyna i kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa trwa od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do momentu wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w Art. 6.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zachorowania na nowotwór w związku z Rakiem przedinwazyjnym, Niezłośliwym guzem mózgu lub Nowotworem skóry, wygasa w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia z chwilą wypłaty pierwszego Świadczenia pieniężnego z tego tytułu.

Art. 9 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać?

1. Wysokość Składki za Umowę jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden w zależności od Wieków ubezpieczonego i wybranego wariantu Sumy ubezpieczenia.
2. Składka jest opłacana miesięcznie za pośrednictwem Agenta.
3. Pierwsza Składka jest opłacana do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego:
 - w którym przypadał Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – o ile Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przypadał od 1 do 25 dnia miesiąca kalendarzowego,

- następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym przypadał Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – o ile Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przypadał od 26 dnia do końca miesiąca kalendarzowego.
4. Jeżeli Umowa ubezpieczenia nie wygasła ani nie uległa rozwiązaniu, kolejne Składki są opłacane do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy).
 5. Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień pobrania Składki z Rachunku Właściciela polisy.

Art. 10 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/ Ubezpieczonego?

1. Właściciel polisy zobowiązany jest do opłacania Składki w kwocie i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Właściciel polisy zobowiązany jest do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych teleadresowych w sposób opisany w Art. 16.
3. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden w celu ustalenia prawa do Świadczenia pieniężnego. Odmowa wykonania badań w określonym terminie przez Nationale-Nederlanden może skutkować odmową wypłaty Świadczenia pieniężnego.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego, udzielać informacji niezbędnych do ustalenia zasadności żądania spełnienia świadczenia Zagranicznej konsultacji medycznej, a także przekazywać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Operacyjne, niezbędne do ustalenia zasadności tego żądania.

Art. 11 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o wypłacie Świadczenia pieniężnego?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy poinformować Nationale-Nederlanden w sposób opisany w Art. 16.
2. Wypłata Świadczenia pieniężnego następuje po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne na podstawie wniosku o wypłatę z wymaganymi dokumentami określonymi w art. 12 poniżej.
4. Dokumenty powinny być dostarczone do Nationale-Nederlanden w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza.
5. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia pieniężnego mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument, pracownika Agenta.
6. Za zgodą Nationale-Nederlanden wymagane dokumenty mogą być dostarczone w postaci skanów

sporządzonych z oryginałów dokumentów przesłanych pocztą elektroniczną.

7. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia pieniężnego nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane jest, aby wszelkie dokumenty załączane do wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego były przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
9. Wypłata Świadczenia pieniężnego nastąpi w terminie 30 dni od otrzymania przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden lub wysokości Świadczenia pieniężnego okazało się niemożliwe, Świadczenie pieniężne będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego.
11. W przypadku odmowy wypłaty Świadczenia pieniężnego osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 12 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze i jakie Świadczenie pieniężne wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku Zachorowania na nowotwór?

1. W przypadku Zachorowania na nowotwór Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie pieniężne w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, wskazanego w Załączniku nr 1 do Warunków, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku Zachorowania na nowotwór w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne z tytułu Zachorowania na nowotwór równe sumie Składek należnych na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za dzień Zachorowania na nowotwór uznaje się dzień postawienia diagnozy Nowotworu złośliwego, Raka przedinwazyjnego, Niezłośliwego guza mózgu albo Nowotworu skóry, popartej wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
3. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Zachorowań na nowotwór w związku z Rakiem przedinwazyjnym, Niezłośliwym guzem mózgu lub Nowotworem skóry, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne z tytułu tylko jednego takiego Zachorowania na nowotwór.
4. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Zachorowań na nowotwór w związku z Nowotworem złośliwym,

- Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno Świadczenie pieniężne z tego tytułu.
5. Świadczenie pieniężne wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę wraz z:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań potwierdzającymi rozpoznanie choroby oraz wynikiem badania histopatologicznego,
 - c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia pieniężnego – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Art. 13 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o przyznaniu Zagranicznej konsultacji medycznej?

1. W celu skorzystania z Zagranicznej konsultacji medycznej, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu 22 563 12 74 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania świadczenia:
 - i) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub nr Dokumentu ubezpieczenia);
 - ii) datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - iii) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - iv) opis zdarzenia ubezpieczeniowego .
2. Warunkiem przyznania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu do Centrum Operacyjnego na adres email: assistance@mondial-assistance.pl lub na adres korespondencyjny: AWP Polska Sp. z o.o. ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, następujących dokumentów: karty diagnostyki i leczenia onkologicznego - tzw. zielonej karty oraz dokumentów wskazanych w Art. 12. ust. 5.
3. Centrum Operacyjne zobowiązuje się do wydania opinii medycznej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub osoby upoważnionej przez Ubezpieczonego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku, gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Centrum Operacyjnego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 2, do wydania opinii medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Centrum Operacyjne lub Lekarz Centrum Operacyjnego niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego.
5. Centrum Operacyjne odsyła opinię medyczną na adres e-mail, z którego Ubezpieczony lub osoba upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Centrum Operacyjnego dokumentację medyczną. Opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może

zostać wysłana także na adres korespondencyjny, podany przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego.

6. W przypadku odmowy przyznania Zagranicznej opinii medycznej osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 14 Jaki jest zakres Zagranicznej konsultacji medycznej?

1. Przedmiotem świadczenia jest Realizacja zagranicznej konsultacji medycznej za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.
2. Zagraniczna konsultacja medyczna polega na pozyskaniu dla Ubezpieczonego opinii Lekarza Konsultanta, będącego specjalistą w danej dziedzinie. Opinia medyczna, w tym rekomendacja procesu leczenia, sporządzane są na podstawie dokumentacji medycznej zachorowania Ubezpieczonego, za które Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie pieniężne oraz które zostało poddane diagnostyce a także w związku z którym zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia.
3. Zakres Zagranicznej konsultacji medycznej obejmuje:
 - a) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie opinii medycznej przez Lekarza Konsultanta;
 - b) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - c) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi Konsultanta, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Lekarzowi Konsultanta odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - d) wydanie opinii medycznej przez Lekarza Konsultanta;
 - e) tłumaczenie na język polski opinii medycznej wydanej przez Lekarza Konsultanta;
 - f) udostępnienie przetłumaczonej na język polski zagranicznej opinii medycznej Ubezpieczonemu.

Art. 15 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia pieniężnego oraz nie przyzna Zagranicznej konsultacji medycznej?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia pieniężnego ani nie przyzna Zagranicznej konsultacji medycznej, jeżeli Zachorowanie na nowotwór zostało spowodowane lub zaszło w następstwie zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zachorowania na nowotwór rozpoznanego przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającym w pierwszym Roku polisowym po zawarciu Umowy ubezpieczenia.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Zachorowania na nowotwór, które zostało spowodowane lub jest następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie

- 12 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającym w pierwszym Roku polisowym po zawarciu Umowy ubezpieczenia.
- Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w powyższym w ust. 3, nie stosuje się jeżeli dzień Zachorowania na nowotwór nastąpił po 12 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającego w pierwszym Roku polisowym po zawarciu Umowy ubezpieczenia.
 - Nationale-Nederlanden nie odpowiada za opóźnienie w Realizacji zagranicznej konsultacji medycznej, jeżeli jest ono wynikiem działania Siły wyższej.
 - Nationale-Nederlanden nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem próbek histopatologicznych.
 - Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za treść opinii medycznej wydanej w ramach Zagranicznej konsultacji medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych z niej wynikających.
 - W przypadku gdy Realizacja zagranicznej konsultacji medycznej wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

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

- Oświadczenia Właściciela polisy związane ze zmianą danych osobowych należy składać do Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Agenta, w formie uzgodnionej z Agentem. Złożenie oświadczeń, o których mowa w zdaniu poprzedzającym u Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem ich przez Nationale-Nederlanden.
- Oświadczenia Właściciela polisy dotyczące odstąpienia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia należy składać telefonicznie pod numerem: +48 22 522 09 90 – Infolinia dostępna w godz. 9-17.
- Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia pieniężnego należy dostarczyć:
 - w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl) – w takim przypadku Nationale-Nederlanden może wymagać dostarczenia dokumentów w formie papierowej,
 - osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden lub
 - przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa).
- W celu skorzystania z Zagranicznej konsultacji medycznej, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu: 22 563 12 74.

Art. 17 Reklamacje

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

Art. 18 Rozstrzygnięcie sporów

- W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego (rf.gov.pl).
- Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
- Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
- Pozew o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Właściciel polisy, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca Ubezpieczonego lub

uprawnionego z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 19 Opodatkowanie świadczeń

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

Art. 20 Wejście w życie Warunków

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden uchwałą nr 13/2018 z 1 marca 2018 r., wchodzą w życie z dniem 1 marca 2018 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie”

nr OWU/NAB10/1/2017

nr	Klasyfikacja ICD - 10	Nazwa jednostki chorobowej	Świadczenie pieniężne jako procent Sumy ubezpieczenia
Nowotwór złośliwy			
1	C00	Nowotwór złośliwy wargi	100%
2	C01	Nowotwór złośliwy nasady języka	100%
3	C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	100%
4	C03	Nowotwór złośliwy dziąsła	100%
5	C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej	100%
6	C05	Nowotwór złośliwy podniebienia	100%
7	C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej	100%
8	C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej	100%
9	C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych	100%
10	C09	Nowotwór złośliwy migdałka	100%
11	C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła	100%
12	C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła	100%
13	C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego	100%
14	C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła	100%
15	C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	100%
16	C15	Nowotwór złośliwy przełyku	100%
17	C16	Nowotwór złośliwy żołądka	100%
18	C17	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego	100%
19	C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	100%
20	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	100%
21	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	100%
22	C21	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu	100%
23	C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	100%
24	C23	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego	100%
25	C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych	100%
26	C25	Nowotwór złośliwy trzustki	100%
27	C26	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego	100%
28	C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego	100%

29	C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych	100%
30	C32	Nowotwór złośliwy krtani	100%
31	C33	Nowotwór złośliwy tchawicy	100%
32	C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	100%
33	C37	Nowotwór złośliwy grasicy	100%
34	C38	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej	100%
35	C39	Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej	100%
36	C40	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn	100%
37	C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	100%
38	C43	Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania równym lub wyższym niż IB wg klasyfikacji TNM	100%
39	C45	Międzybłoniak	100%
40	C46	Mięsak Kaposiego	100%
41	C47	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego	100%
42	C48	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej	100%
43	C49	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	100%
44	C50	Nowotwór złośliwy piersi	100%
45	C51	Nowotwór złośliwy sromu	100%
46	C52	Nowotwór złośliwy pochwy	100%
47	C53	Nowotwór złośliwy szyjki macicy	100%
48	C54	Nowotwór złośliwy trzonu macicy	100%
49	C55	Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy	100%
50	C56	Nowotwór złośliwy jajnika	100%
51	C57	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych	100%
52	C58	Nowotwór złośliwy łożyska	100%
53	C60	Nowotwór złośliwy prącia	100%
54	C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego opisywany w skali TNM jako równy lub wyższy niż T2N0M0	100%
55	C62	Nowotwór złośliwy jądra	100%
56	C63	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych	100%
57	C64	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej	100%
58	C65	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej	100%
59	C66	Nowotwór złośliwy moczowodu	100%
60	C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	100%
61	C68	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych	100%
62	C69	Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka	100%
63	C70	Nowotwór złośliwy opon mózgowo - rdzeniowych	100%

64	C71	Nowotwór złośliwy mózgu	100%
65	C72	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego	100%
66	C73	Nowotwór złośliwy tarczycy o średnicy równej lub większej niż 2 cm i opisany jako T2N0M0 według klasyfikacji AJCC	100%
67	C74	Nowotwór złośliwy nadnerczy	100%
68	C75	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych	100%
69	C76	Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym	100%
70	C77	Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych	100%
71	C78	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego	100%
72	C79	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu	100%
73	C80	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia	100%
74	C81	Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina)	100%
75	C82	Chłoniak nieziarniczny guzkowy (grudkowy)	100%
76	C83	Chłoniak nieziarniczny rozlany	100%
77	C84	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T	100%
78	C85	Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarnicznego	100%
79	C88	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne	100%
80	C90	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	100%
81	C91	Białaczkę limfatyczną	100%
82	C92	Białaczkę szpikową	100%
83	C93	Białaczkę monocytową	100%
84	C94	Inne białaczki określonego rodzaju	100%
85	C95	Białaczkę z komórek nieokreślonego rodzaju	100%
86	C96	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych	100%
87	C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu	100%
Rak przedinwazyjny			
88	D00	Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka	25%
89	D01	Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego	25%
90	D02	Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	25%
91	D03	Czerniak in situ	25%
92	D05	Rak in situ piersi	25%
93	D06	Rak in situ szyjki macicy	25%
94	D07	Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych	25%
95	D09	Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	25%
Niezłośliwy guz mózg			
96	D32	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowych	25%

97	D33	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego	25%
Nowotwór skóry			
98	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	10%
99	D04	Rak in situ skóry	10%

Tabela Limitów i Opłat nr TLiO/NAB10/1/2017

Tabela zatwierdzona przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń uchwałą nr 13/2018 z dnia 1 marca 2018 r., wchodzi w życie z dniem 1 marca 2018 r. Terminy użyte w Tabeli należy rozumieć zgodnie z zapisami Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” nr OWU/NAB10/1/2017

Tabela stawek Składki ubezpieczeniowej w złotych polskich w zależności od wariantu ubezpieczenia i Wiek ubezpieczonego.

Wiek ubezpieczonego	Wariant ubezpieczenia (Suma ubezpieczenia)											
	Wariant podstawowy (25 000 zł)				Wariant rozszerzony (50 000 zł)				Wariant pełny (75 000 zł)			
	18-30	31-40	41-50	51-60	18-30	31-40	41-50	51-60	18-30	31-40	41-50	51-60
Zachorowanie na nowotwór	17,40 zł	21,40 zł	39,40 zł	69,40 zł	21,40 zł	31,40 zł	64,40 zł	119,40 zł	25,40 zł	41,40 zł	89,40 zł	169,40 zł
Zagraniczna konsultacja medyczna	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł
Razem	23 zł	27 zł	45 zł	75 zł	27 zł	37 zł	70 zł	125 zł	31 zł	47 zł	95 zł	175 zł

Dodatkowe informacje prawne

do Umowy ubezpieczenia Wybieram Zdrowie dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A., zawartej na podstawie Warunków nr OWU/NAB10/1/2017

Dodatkowe obowiązki informacyjne wynikające z ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta:

1. Zakład ubezpieczeń (Ubezpieczyciel):

Umowa ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A. zawarta została z Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Topiel 12, 00-342 Warszawa; tel. + 48 22 522 00 00, fax + 48 22 522 11 11, www.nn.pl; wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000647311, NIP: 525-26-85-595; Kapitał zakładowy – 19 500 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenie na prowadzenie działalności udzielone zostało przez Komisję Nadzoru Finansowego (data wydania zezwolenia: 04.10.2016).

2. Agent ubezpieczeniowy (Agent):

Umowa ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A. zawarta została za pośrednictwem Alior Banku S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Łopuszańskiej 38D, 02-232, wpisanej do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000305178, o kapitale zakładowym w wysokości 1.292.577.630 PLN oraz kapitale wpłaconym w wysokości 1.292.636.240 PLN, o numerze NIP: 107-001-07-31.

3. Właściciel polisy:

Posiadacz rachunku, który zawarł Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i zobowiązał się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz rachunku, który ukończył 18. rok życia oraz:

- w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym albo
- w pierwszym dniu szóstego lub każdego kolejnego co szóstego Roku polisowego – w przypadku kontynuacji Umowy ubezpieczenia, o której mowa w Art. 6, nie ukończył 61. roku życia.

4. Czas obowiązywania oferty:

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na warunkach obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Propozycja ubezpieczenia jest ważna w dniu jej otrzymania i pod warunkiem przejścia procesu zakupowego do końca, to znaczy do momentu wygenerowania Dokumentu ubezpieczenia. W przypadku nieukończenia procesu zakupowego w jednej sesji, należy przejść przez proces zakupowy ponownie, aby móc zawrzeć Umowę ubezpieczenia.

5. Język:

Językiem stosowanym w relacjach Ubezpieczyciela i Agenta z Właścicielem polisy jest język polski.

6. Prawo właściwe:

Prawem właściwym dla zawarcia oraz wykonywania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

7. Odstąpienie od umowy:

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie telefonicznego oświadczenia Właściciela polisy, złożonego do Ubezpieczyciela w sposób opisany w Art.16 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A., w terminie 30 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia albo od dnia otrzymania dokumentu Dodatkowe informacje prawne na papierze lub innym trwałym nośniku, jeżeli jest to termin późniejszy.

Ubezpieczyciel zwraca kwotę wpłaconej Składki Właścicielowi polisy w terminie 30 dni od dnia otrzymania jego oświadczenia.

8. Wypowiedzenie umowy:

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, na podstawie oświadczenia złożonego przez Właściciela polisy do Ubezpieczyciela w sposób opisany w Art.16 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A., z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym został złożony ten wniosek. Oświadczenie to może być złożone w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

9. Reklamacje:

1. Reklamację mogą złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia.

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

10. Rozstrzygnięcie sporów:

1. W przypadku wystąpienia sporu z Ubezpieczycielem Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego (rf.gov.pl).
2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
4. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
5. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Właściciel polisy, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczyciela.

11. Świadczenie:

Suma ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia wynosi:

Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant pełny
25 000 zł	50 000 zł	75 000 zł

W przypadku Zachorowania na nowotwór Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie pieniężne w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, wskazanego w Załączniku nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Wybieram Zdrowie” dla Posiadaczy rachunków w Alior Bank S.A., z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku Zachorowania na nowotwór w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne z tytułu Zachorowania na nowotwór równe sumie Składek należnych na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Za dzień Zachorowania na nowotwór uznaje się dzień postawienia diagnozy Nowotworu złośliwego, Raka przedinwazyjnego, Niezłośliwego guza mózgu albo Nowotworu skóry, popartej wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.

W przypadku zajścia dwóch lub więcej Zachorowań na nowotwór w związku z Rakiem przedinwazyjnym, Niezłośliwym guzem mózgu lub Nowotworem skóry, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne z tytułu tylko jednego takiego Zachorowania na nowotwór.

W przypadku zajścia dwóch lub więcej Zachorowań na nowotwór w związku z Nowotworem złośliwym, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie pieniężne z tego tytułu.

Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem wypłaty Świadczenia pieniężnego z tytułu Zachorowania na nowotwór w związku z Nowotworem złośliwym.

W przypadku wypłaty Świadczenia pieniężnego przez Ubezpieczyciela z tytułu Zachorowania na nowotwór, które zostało poddane diagnostyce a także w związku z którym zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia, Ubezpieczonemu przysługuje jedna Zagraniczna konsultacja medyczna. W celu skorzystania z Zagranicznej konsultacji medycznej, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu 22 563 12 74.

12. Składka:

Składka za ochronę ubezpieczeniową w złotych polskich w zależności od wariantu ubezpieczenia i liczby ukończonych lat życia Ubezpieczonego w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym lub w pierwszym dniu szóstego oraz każdego kolejnego co szóstego Roku polisowego:

**Wariant ubezpieczenia
(Suma ubezpieczenia)**

Wiek ubezpieczonego	Wariant podstawowy (25 000 zł)				Wariant rozszerzony (50 000 zł)				Wariant pełny (75 000 zł)			
	18-30	31-40	41-50	51-60	18-30	31-40	41-50	51-60	18-30	31-40	41-50	51-60
Zachorowanie na nowotwór	17,40 zł	21,40 zł	39,40 zł	69,40 zł	21,40 zł	31,40 zł	64,40 zł	119,40 zł	25,40 zł	41,40 zł	89,40 zł	169,40 zł
Zagraniczna konsultacja medyczna	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł	5,60 zł
Razem	23 zł	27 zł	45 zł	75 zł	27 zł	37 zł	70 zł	125 zł	31 zł	47 zł	95 zł	175 zł

Składka jest opłacana miesięcznie za pośrednictwem Agenta.

Pierwsza Składka jest opłacana do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego:

- w którym przypadła Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – o ile Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przypadła od 1 do 25 dnia miesiąca kalendarzowego,
- następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym przypadła Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – o ile Dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przypadła od 26 dnia do końca miesiąca kalendarzowego.

Kolejne Składki są opłacane do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy).

Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień pobrania Składki z Rachunku Właściciela polisy.

Umowa ubezpieczenia wygasa:

- a) z upływem okresu, na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejne pięć Lat polisowych,
- b) z dniem wypłaty Świadczenia pieniężnego z tytułu Zachorowania na nowotwór w związku z Nowotworem złośliwym,
- c) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, w przypadku rozwiązania umowy Rachunku,
- d) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- e) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłacona ostatnia Składka, jeżeli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na opłacenie zaległej Składki, Składka ta nie zostanie opłacona w tym terminie.

13. Okres obowiązywania Umowy ubezpieczenia:

Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na czas do upływu pięciu pełnych Lat polisowych, z możliwością przedłużenia na okres kolejnych pięciu Lat polisowych. O ile do końca ostatniego Roku polisowego Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie ukończy 61. roku życia, najpóźniej miesiąc przed dniem zakończenia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia na okres kolejnych pięciu Lat polisowych wraz z informacją o wysokości Składki oraz o zakresie ubezpieczenia, które będą obowiązywały w tym okresie. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Ubezpieczyciel nie przekaze Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia. Przedłużenie nastąpi, o ile Właściciel polisy wyrazi na nie zgodę w formie wskazanej w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem danych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres e-mail info@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail iod@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążący na administratorze,
- wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Zakładu Ubezpieczeń,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia oraz innych roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przez administratora przekazywane zakładom reasekuracji.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do zakładów reasekuracji mających siedzibę w Szwajcarii lub w Kanadzie. Komisja Europejska stwierdziła w odniesieniu do tych krajów odpowiedni poziom ochrony danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane także do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, tj. odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Przekazywanie danych osobowych odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych. Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pani/Pana danych osobowych. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Można to zrobić np. przesyłając stosowny wniosek na adres siedziby administratora danych lub e-mailowo na adres info@nn.pl bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem).

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

Stosowane metody oceny ryzyka są regularnie testowane, aby zapewnić ich uczciwość, skuteczność i bezstronność. Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umów i dokonaniem oceny ryzyka jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Skontaktuj się z nami:

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

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 09 90**