

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy wskutek NW lub choroby albo pobytu w szpitalu wskutek NW

Informacja dotycząca ubezpieczenia Ochrona na jutro

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 art. 9

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 7018KW25

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramach, nie są treścią *OWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

 WAŻNE Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.	 WYJAŚNIENIA Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.	 PRZYKŁADY Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.
---	---	--

Artykuł 1. Wstęp

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) mają zastosowanie do *Umowy* – Ubezpieczenia na wypadek następstw NW lub choroby, zawartej pomiędzy *Ubezpieczycielem* a *Ubezpieczonym* i są one integralną częścią tej *Umowy*.

Artykuł 2. Definicje

- Abonent** – osoba fizyczna, która zawarła z T-Mobile Polska S.A. *Umowę o świadczenie usług telekomunikacyjnych*,
- Agent** – T-Mobile Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-674), przy ul. Marynarskiej 12, operator sieci T-Mobile, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz *Ubezpieczyciela*, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS: 0000391193, NIP 526-10-40-567, REGON 011417295, kapitał zakładowy 711 210 000 złotych, kapitał wpłacony w całości,
- aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- czasowa niezdolność do pracy wskutek NW lub choroby (czasowa niezdolność do pracy)** – czasowa niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek *choroby* lub *NW*, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę *Ubezpieczonego*, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia ZUS lub KRUS,
- data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – data określona w *Polisie*, która jest *datą zawarcia Umowy* lub *datą zmiany Umowy*,
- data zawarcia Umowy** – 10. dzień po dniu, w którym *Ubezpieczony* zgodził się na zawarcie *Umowy*,
- data zmiany Umowy** – data określona w *Polisie*, która jest datą wejścia w życie zmiany zgodnie z artykułem 4 punkt 6,
- dzień pobytu w szpitalu** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* przebywał w *szpitalu*. Pierwszym dniem pobytu jest dzień przyjęcia do *szpitala*, a ostatnim dzień wypisu,

 **PRZYKŁAD:** Jeżeli *Ubezpieczony* został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a został wypisany w czwartek o godzinie 10 w tym samym tygodniu, to jego pobyt w szpitalu trwał 4 dni.

- dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – w przypadku *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* jest to dzień rozpoczęcia niezdolności do pracy, w przypadku *pobytu w szpitalu wskutek NW* jest to dzień *nieszczęśliwego wypadku*,
- Infolinia Ubezpieczyciela** – telefoniczne centrum informacji *Ubezpieczyciela*, odpowiedzialne za obsługę *Umowy*. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie *Infolinii Ubezpieczyciela* może być osoba trzecia, która działa na zlecenie *Ubezpieczyciela*,

 **WYJAŚNIENIE:** W przypadku pytań dotyczących *Umowy* prosimy o kontakt z Infolinią *Ubezpieczyciela* pod numerem: +48 881 971 001 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą u *Ubezpieczonego* chorobą,



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem ani nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym w rozumieniu Umowy.

13. **NN Usługi Finansowe** – Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12, upoważniona przez Ubezpieczyciela do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z obsługą Umowy,
14. **okres obowiązywania Umowy** – okres, na który Umowa zostaje zawarta lub przedłużona. Okres obowiązywania Umowy rozpoczyna się od daty zawarcia Umowy i trwa do końca okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym została zawarta Umowa. Umowa może zostać przedłużona na kolejny okres obowiązywania Umowy odpowiadający okresowi rozliczeniowemu,
15. **okres rozliczeniowy** – okres odpowiadający cyklowi bilingowemu przyjętemu dla rozliczeń związanych ze świadczeniem usług telekomunikacyjnych w ramach Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych,
16. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 7018KW25,
17. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego, które posiada wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
18. **pobyt w szpitalu wskutek NW** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, który jest następstwem nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
19. **pojazd** – pojazd z własnym napędem i silnikiem, który jest przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby tych OWU do definicji pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,
20. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez Ubezpieczyciela, który potwierdza zawarcie Umowy oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w zakresie wybranego pakietu ubezpieczenia,
21. **rehabilitacja** – odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytej urazach lub chorobach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
22. **reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy, kierowane do Ubezpieczyciela, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub jego działalność,
23. **składka** – kwota określona w Polisie, jaką Ubezpieczony jest zobowiązany opłacać Ubezpieczycielowi z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, której udziela Ubezpieczyciel na podstawie Umowy,
24. **suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, która określa zobowiązanie Ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
25. **szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
26. **środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
27. **termin płatności składki** – termin zapłaty składki wskazany przez T-Mobile Polska S.A. w treści faktury za usługi telekomunikacyjne za dany okres rozliczeniowy,



WYJAŚNIENIE: Ważne jest, aby w terminie opłacić składkę wskazaną na fakturze za świadczenie usług telekomunikacyjnych, ponieważ bez opłacenia składki nie będzie udzielana ochrona ubezpieczeniowa.

28. **Ubezpieczony** – Abonent wskazany w Polisie, który zawarł Umowę z Ubezpieczycielem i którego zdrowie jest przedmiotem Umowy. Na potrzeby Umowy Ubezpieczony oznacza odpowiednio także Ubezpieczającego,
29. **Ubezpieczyciel** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl; KRS 0000647311, NIP: 525-26-85-595; Kapitał zakładowy - 39 000 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenie na prowadzenie działalności udzielone zostało przez Komisję Nadzoru Finansowego (daty wydania zezwolenia 04.10.2016),
30. **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych** – umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych zawarta w formie pisemnej pomiędzy Abonentem a T-Mobile Polska S.A.,
31. **Umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym, na którą składają się postanowienia tych OWU, Polisa oraz wszelkie oświadczenia woli Ubezpieczonego i Ubezpieczyciela załączone do umowy ubezpieczenia, które są jej integralną częścią,
32. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która polega na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym

lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,

33. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie, przez osoby uczestniczące, optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
34. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy: *czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby albo pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek NW*, które zaistniało w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony Umowy obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe*:
 - a) *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby* dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo lub
 - b) *pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek NW* dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia.
2. Zaniechanie bądź podjęcie *aktywności zawodowej*, a także ukończenie 65 lat przez *Ubezpieczonego*, powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia, zgodnie z treścią punktu 1 powyżej.
3. Zakres ubezpieczenia, wysokość *sum ubezpieczenia* i *składka* są określone w *Polisie*, zgodnie z pakietem ochrony wybranym przez *Ubezpieczonego*.
4. *Ubezpieczony* może w dowolnym momencie obowiązywania Umowy wnioskować o zmianę pakietu ubezpieczenia pod warunkiem:
 - a) powiadomienia o zmianie *Ubezpieczyciela* za pośrednictwem *Infolinii Ubezpieczyciela* najpóźniej na 7 dni przed opłaceniem kolejnej *składki* oraz
 - b) wyrażenia zgody przez *Ubezpieczyciela* na wnioskowaną zmianę, oraz
 - c) opłacenia przez *Ubezpieczonego* związanej z tym należnej *składki*.
5. Oświadczenie o zmianie Umowy powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL, numer *Polisy* oraz nazwę wybieranego pakietu ubezpieczenia.
6. Zmiana Umowy wchodzi w życie z początkiem okresu ubezpieczenia, za który została opłacona *składka* w zmienionej wysokości.
7. Dokument potwierdzający zmianę Umowy jest załącznikiem do Umowy.
8. Świadczenie na wypadek ***czasowej niezdolności do pracy wskutek NW lub choroby*** dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo:
 - a) *Ubezpieczyciel* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* określonej w *Polisie*, jeżeli *czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku:
 - *nieszczęśliwego wypadku*, który miał miejsce w trakcie obowiązywania Umowy lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się w trakcie obowiązywania Umowy.
 - b) Świadczenie jest płatne za każdy okres 30 kolejnych dni nieprzerwanego potwierdzonego stanu *czasowej niezdolności do pracy wskutek NW lub choroby*, pod warunkiem, że rozpoczęła się przed wygaśnięciem Umowy.
 - c) Świadczenie za pierwszy okres 30 kolejnych dni *czasowej niezdolności do pracy* wynosi 200% *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *Polisie*.
 - d) Maksymalna liczba 30-dniowych okresów dla jednej nieprzerwanej *czasowej niezdolności do pracy wskutek NW lub choroby*, za które płatne są świadczenia, nie może przekroczyć 6.
 - e) Decyzja *Ubezpieczyciela* o uznaniu *czasowej niezdolności do pracy* w przypadku osób *aktywnych zawodowo* zostanie podjęta w oparciu o dokumenty, o których mowa w artykule 7 punkt 3a), w tym kopię wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA, lub kopię orzeczenia o *czasowej niezdolności do pracy* wydanego przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, potwierdzającego *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*.



PRZYKŁAD: Ubezpieczony przebywa na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie przez 30 dni. Pierwsze świadczenie zostanie wypłacone za ten okres w wysokości 200% sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie. Jeśli Ubezpieczony będzie nadal przebywał na zwolnieniu przez kolejne 30 dni, za ten okres zostanie wypłacone drugie świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony będzie nadal przebywał na zwolnieniu przez kolejne 20 dni, to nie jest możliwa wypłata kolejnego świadczenia.

9. **Dzienne świadczenie szpitalne na wypadek pobytu w szpitalu wskutek NW**

- a) W przypadku *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW Ubezpieczyciel* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się przed wygaśnięciem *Umowy* i trwał nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni.
- b) Zakres ochrony nie obejmuje pobytu w całodobowych placówkach odwykowych, opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych świadczących usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także na oddziałach rehabilitacyjnych szpitala oraz w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach.
- c) W każdym roku trwania ochrony ubezpieczeniowej, liczoną od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* określonej w *Polisie*, *Ubezpieczyciel* wypłaci dzienne świadczenie szpitalne maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu wskutek NW.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku trwania ochrony ubezpieczeniowej dzienne świadczenie szpitalne wypłacamy za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu, który jest następstwem nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli pobyt w szpitalu trwał krócej niż 4 kolejne dni, dzienne świadczenie szpitalne nie jest należne.

10. *Ubezpieczyciel* wypłaci świadczenia z tytułu *Umowy*, o ile *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.
11. Świadczenia z tytułu *Umowy* zostaną wypłacone w wysokości obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
12. *Ubezpieczyciel* wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 9 Wyłączenia odpowiedzialności *Ubezpieczyciela*.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci *Abonenci*, którzy:
 - a) w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyli 18. rok życia, a nie ukończyli 65. roku życia i
 - b) mają miejsce zamieszkania w Polsce oraz
 - c) zgodzili się na zawarcie *Umowy* oraz doliczenie składki do faktury za usługi telekomunikacyjne.
- Jeśli *Ubezpieczony* nie spełnia tych warunków lub jeśli poda informacje niezgodne z prawdą, zgoda *Ubezpieczonego* na zawarcie *Umowy* jest bezskuteczna i nie powoduje żadnych zobowiązań po stronie *Ubezpieczyciela*, z wyjątkiem zwrotu otrzymanej składki.
2. *Umowa* zostaje zawarta i ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 10. dnia po dniu, w którym *Abonent* zgodził się na zawarcie *Umowy*, o ile *Abonent* nie powiadomi *Ubezpieczyciela* o braku woli zawarcia *Umowy* telefonicznie: +48 881 971 001 lub pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o. o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.
3. *Umowa* zawierana jest na okres obowiązywania *Umowy*. *Umowa* zostaje przedłużona na kolejny okres rozliczeniowy, jeżeli *Ubezpieczony* opłaci składkę przed upływem 14 dni liczonych od terminu płatności składki.
4. Pierwsza składka jest wymagana za okres rozliczeniowy, który rozpoczyna się od daty zawarcia *Umowy* i trwa do końca okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym została zawarta *Umowa*.
5. W przypadku przedłużenia *Umowy* wysokość składki i inne warunki *Umowy* mogą zmienić się w stosunku do okresu poprzedzającego.
6. W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa* może być przedłużana, *Ubezpieczyciel* wyśle powiadomienie o tym do *Ubezpieczonego* nie później niż 14 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę.
7. W przypadku niez zaakceptowania przez *Ubezpieczonego* zmienionych warunków *Umowy* poprzez nieopłacenie kolejnej składki nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem okresu obowiązywania *Umowy*, za który została opłacona ostatnia składka.
8. *Ubezpieczyciel* może nie zaproponować przedłużenia *Umowy* na kolejny okres obowiązywania *Umowy*. W takim przypadku *Ubezpieczyciel* wyśle powiadomienie o tym do *Ubezpieczonego* nie później niż 14 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* może opłacić kolejną składkę przy przedłużeniu na kolejny okres rozliczeniowy.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. Składkę ustala *Ubezpieczyciel* z uwzględnieniem zakresu, wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności *Ubezpieczyciela*, okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wieku osób uprawnionych do zawarcia *Umowy* oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy*.
2. Składka płatna jest przez *Ubezpieczonego*, za pośrednictwem *Agent*a, z góry za okres obowiązywania *Umowy*, w wysokości określonej w *Polisie*.
3. Składka powinna być opłacona w terminie płatności składki.
4. Datą opłacenia składki jest dzień przekazania składki *Agent*owi przez *Ubezpieczonego*.
5. *Ubezpieczonemu*, który opłaci składkę przed upływem 14 dni liczonych od terminu płatności składki, *Umowa* jest przedłużona na kolejny okres rozliczeniowy.

6. Nieopłacenie *składki* spowoduje wygaśnięcie *Umowy* i ochrony ubezpieczeniowej z upływem *okresu rozliczeniowego*, za który została zapłacona ostatnia *składka*.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WYJAŚNIENIE: Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do Ubezpieczyciela w wybrany sposób:

- telefonicznie: +48 881 971 001 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) lub
- pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o. o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się we wniosku o wypłatę świadczenia (dalej Formularz). Jest on dostępny na stronach: www.nn.pl i www.t-mobile.pl.
2. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* Ubezpieczyciel prześle osobie zgłaszającej roszczenie Formularz i poinformuje o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
3. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy**:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Ubezpieczyciela lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na formularzu Ubezpieczyciela,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *czasowej niezdolności do pracy*,
 - kopii wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruku formularza e-ZLA, lub kopii orzeczenia ZUS lub KRUS potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej.
 - Jeśli *czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* została spowodowana *nieszczęśliwym wypadkiem*, osoba uprawniona do świadczenia dodatkowo składa:
 - kopię dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadków w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku;
 - b) w przypadku **pobytu w szpitalu wskutek NW**:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na Formularzu lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na Formularzu,
 - kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - 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,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów Ubezpieczyciel potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy*.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, Ubezpieczyciel poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. Ubezpieczyciel ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub organ, który wydał dokument.
7. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
8. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacja w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. Ubezpieczyciel może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *zdarzenia ubezpieczeniowego*, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
10. Ubezpieczyciel zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
11. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia,

w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Ubezpieczyciel* powinien wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 10 powyżej.

12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Ubezpieczyciel* może odmówić wypłaty świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Ubezpieczyciel* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

Artykuł 8. Badania lekarskie

1. W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z *Umowy*, *Ubezpieczyciel* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Ubezpieczyciela*. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*, która współpracuje z *Ubezpieczycielem*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Ubezpieczyciela* poddać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *Ubezpieczyciel* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy*.
3. Świadczenia należne z tytułu *Umowy* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 9. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela



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

1. *Ubezpieczyciel* nie wypłaci świadczenia z tytułu *czasowej niezdolności do pracy*, która powstała na skutek:
 - a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - b) niesprawności stwierdzonej wyłącznie na podstawie subiektywnych objawów, niepotwierdzonych wynikami badań,
 - c) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - d) nieudanej próby samobójstwa *Ubezpieczonego* oraz samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, lub promieniowania radioaktywnego,
 - f) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.
2. *Ubezpieczyciel* nie wypłaci świadczenia z tytułu *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW*, jeżeli obrażenia fizyczne powstały w wyniku:
 - a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgosłupku, przepukliny krążka międzyżebrowego, przepukliny, zatruć ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - b) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
 - c) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - f) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - g) wykonywania czynności służbowych/zawodowych właściwych dla policji, wojska, Straży Granicznej, straży pożarnej, straży gminnej (miejskiej), bądź jednostki pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, niezależnie od formy zatrudnienia lub pełnienia służby,
 - h) zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu,
 - i) uprawiania wspinaczki, skoków spadochronowych, lotów szybowcowych, paralotniarstwa, nurkowania, speleologii, sportów walki, sportów motorowych lub motorowodnych, uczestnictwa w rajdach samochodowych lub rajdach motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,

- j) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - k) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.
3. Umowa nie obejmuje też ochroną pobytu w szpitalu w wyniku:
- a) wad wrodzonych i schorzeń, które są ich skutkiem,
 - b) wszelkich fizycznych obrażeń ciała, które powstały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej tymi OWU.

Artykuł 10. Odstąpienie od Umowy

1. *Ubezpieczony* może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni, licząc od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie. Termin ten jest zachowany, jeżeli pisemne oświadczenie *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od Umowy zostało wysłane przed jego upływem.
2. *Ubezpieczony* może złożyć oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ustnie za pośrednictwem Infolinii *Ubezpieczyciela* lub pisemnie, wysyłając je na adres *Ubezpieczyciela* lub *Agenta*. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer Polisy.
3. Odstąpienie od Umowy jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym oświadczenie o odstąpieniu zostało zgłoszone na Infolinii *Ubezpieczyciela*, wpłynęło do *Ubezpieczyciela* lub *Agenta*. W przypadku, gdy *Ubezpieczony* opłaci składkę za ubezpieczenie, *Ubezpieczyciel* zwróci ją *Ubezpieczonemu* w całości.



WAŻNE: Ubezpieczony może odstąpić od Umowy lub wypowiedzieć Umowę:

- telefonicznie: +48 881 971 001 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o. o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom, lub *Agenta*.

Artykuł 11. Wypowiedzenie Umowy

1. *Ubezpieczony* może wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie jej obowiązywania.
2. *Ubezpieczony* może złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ustnie za pośrednictwem Infolinii *Ubezpieczyciela* lub pisemnie, wysyłając je na adres *Ubezpieczyciela* lub *Agenta*. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu rozliczeniowego, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu zostało zgłoszone na Infolinii *Ubezpieczyciela*, wpłynęło do *Ubezpieczyciela* lub *Agenta*.

Artykuł 12. Wygaśnięcie Umowy

1. Umowa, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa lub nie zostaje przedłużona w każdym z następujących przypadków:
 - a) z powodu nieopłacenia składki, zgodnie z artykułem 6 punkt 6,
 - b) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
 - c) z dniem odstąpienia od Umowy, zgodnie z artykułem 10,
 - d) z końcem okresu rozliczeniowego, w którym zostało złożone wypowiedzenie Umowy, zgodnie z artykułem 11,
 - e) z końcem okresu rozliczeniowego, w którym *Ubezpieczony* ukończył 70. rok życia,
 - f) z końcem okresu rozliczeniowego, w którym *Ubezpieczony* przestał być Abonentem T-Mobile Polska S.A.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony*, uprawniony z Umowy lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy, może złożyć reklamację do *Ubezpieczyciela*:
 - a) na piśmie:
 - osobiście: ul. Topiel 12, 00-342, Warszawa
 - listownie: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom
 - przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11288-15775-DRURF-27
 - b) w postaci elektronicznej: info@nn.pl lub przez formularz na stronie: www.nn.pl
 - c) telefonicznie: +48 881 971 001 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 powyżej będzie rozpatrywana niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych od daty jej otrzymania.

3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2 powyżej, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni kalendarzowych od daty otrzymania *reklamacji*. W takiej sytuacji *Ubezpieczyciel* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo musi ustalić, oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których będzie konieczne ustalenie dodatkowych okoliczności i zebranie brakujących informacji, które są niezbędne dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie przekazana przez *Ubezpieczyciela* na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. *Ubezpieczony*, uprawniony z *Umowy* lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy*, może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

Artykuł 14. Prawo właściwe, doręczenia, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Korespondencja *Ubezpieczyciela* do *Ubezpieczonego* będzie wysyłana pisemnie pod ostatni wskazany adres odpowiednio *Ubezpieczonego* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie spory, które mogą wynikać z *Umowy* lub być z nią związane pomiędzy *Ubezpieczycielem* a *Ubezpieczonym* lub uprawnionym z *Umowy* lub ich spadkobiercami, będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego* lub uprawnionego z *Umowy*, lub ich spadkobierców.
4. Działalność *Ubezpieczyciela* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Komunikacja z *Ubezpieczycielem* odbywa się w języku polskim.

Artykuł 15. Aktualizacja informacji



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

Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Ubezpieczyciela* o zmianach:

- a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail) oraz
- b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Ubezpieczyciela* pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o. o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

OWU zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A., wchodzą w życie 1 kwietnia 2025.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

