

Razem dla siebie

Ogólne warunki ubezpieczenia
OWU/TRM17/1/2023

Spis treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/1/2023	6	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu HDB17	84
Umowy dodatkowe dotyczące życia i zdrowia Ubezpieczonego		Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17	89
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17	18	Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych Do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17	95
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17	21	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB17	111
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT17	24	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku AHDB17	116
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17	27	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB17	120
Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB17	30	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB17	124
Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17	34	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_A+	128
Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych do ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17	39	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_2A+	133
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny MTH17	60	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A	138
Załącznik: Zakres Świadczeń medycznych	63	Załącznik – Procedury medyczne do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_A+, Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A oraz Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_2A+	141
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnostyki cukrzycy lub Powikłania cukrzycy DIA17	65		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17	69		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D	79		

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego STB17	152	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela 3 TPDT17	213
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17.....	156	Umowy dodatkowe dotyczące życia i zdrowia rodziny Ubezpieczonego	
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB17.....	160	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego FCR17.....	217
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHB17	164	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17	222
Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych Do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHB17.....	169	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu SHSDR17	225
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR17	183	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17	229
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR17+.....	187	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17.....	232
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB17	191	Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB17	235
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR17	195	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB17	239
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB17	198	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB17_D	249
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW17	202	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu SHDB17	254
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17.....	206	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB17	259
Ogólne warunki Umowy dodatkowej – „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy IPB17.....	210	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku SLHB17	263
		Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku AOCB17	267

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB17	271
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu CHDB17	277
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB17	282
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17	286
Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17	289

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” – TRM17/1/2023 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 10, Art. 17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7, Art. 9, Art. 11, Art. 18, Art. 20, Art. 22, Art. 23
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/1/2023

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem TRM17.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/1/2023 (dalej: Warunki), w Polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Nationale-Nederlanden i która zobowiązała się do opłacania Składki całkowitej.
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy głównej.
- 4) **„Współubezpieczony”** – Małżonek, Partner, pełnoletnie Dziecko, przystępujący obok Ubezpieczonego do Ubezpieczenia. Postanowienia Warunków dotyczące Ubezpieczonego stosuje się do Współubezpieczonego.
- 5) **„Małżonek”** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego.
- 7) **„Partner”** – osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w zgłoszeniu do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Jeśli Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, nie może wskazać do ubezpieczenia Partnera.
- 8) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 9) **„Właściciel”** – osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą, jako Ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym.
- 10) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe ubezpieczenie na życie TRM17, do którego stosuje się Warunki.
- 11) **„Umowa główna”** – ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego.
- 12) **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 13) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
- 14) **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 15) **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiany przez Nationale-Nederlanden imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 16) **„Podgrupa”** – grupa Ubezpieczonych spełniających kryteria określone w Polisie, dla których Składka podstawowa, Suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
- 17) **„Karencja”** – okres liczony od określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego albo ponosi odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 18) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 19) **„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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.

- 20) „**Choroba psychiczna**” – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10).
- 21) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 22) „**Rok polisowy**” – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami Polisy.
- 23) „**Rocznica polisy**” – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności, chyba że strony postanowiły o jej przesunięciu.
- 24) „**Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej**” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Nationale-Nederlanden Składki podstawowej.
- 25) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 26) „**Składka podstawowa**” – składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Nationale-Nederlanden.
- 27) „**Składka całkowita**” – suma Składek podstawowych, należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej.
- 28) „**Świadczenie**” – kwota wypłacona przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 29) „**Reklamacja**” – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
- 30) „**Limit automatycznej akceptacji**” – wskazana w Polisie maksymalna wysokość Sumy ubezpieczenia dla Umowy głównej i Umów dodatkowych, na którą Nationale-Nederlanden może udzielić ochrony ubezpieczeniowej na czas weryfikacji medycznej.
- 31) „**Dzień wymagalności składki**” – pierwszy dzień okresu, za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należna jest Składka całkowita.
- 32) „**Okres rozliczeniowy**” – okres pomiędzy następującymi po sobie Dniami wymagalności składki.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczenia objęte jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Jak zawrzeć i przedłużyć Umowę ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą osób, które przystąpiły do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku niestandardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Nationale-Nederlanden w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
5. Umowa ubezpieczenia będzie automatycznie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem ust.6-7.
6. Nationale-Nederlanden w terminie nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy może zaproponować przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres albo odmówić jej przedłużenia. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia nastąpi o ile Ubezpieczający opłaci Składkę całkowitą w wysokości i terminie wskazanym przez Nationale-Nederlanden w propozycji przedłużenia umowy. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia w tym trybie może nastąpić jedynie wtedy, gdy warunki Umowy ubezpieczenia nie ulegają zmianie albo wtedy, gdy zmienia się wysokość Składki całkowitej, przy czym zmiana wysokości Składki całkowitej może wynikać wyłącznie ze zmiany poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego Umowy ubezpieczenia.
7. W sytuacjach innych niż opisane w ust.6, w szczególności, gdy zmianie ma ulec zakres Umowy ubezpieczenia, bądź Sumy ubezpieczenia, przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie porozumienia z Ubezpieczającym.
8. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z datą zawarcia Umowy głównej lub w przypadku kontynuowania ochrony w każdą kolejną Rocznicę polisy. Przystąpienie do Umowy dodatkowej możliwe jest wyłącznie w przypadku przystąpienia do Umowy głównej.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Nationale-Nederlanden, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na Podgrupy.
10. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta pod warunkiem, że ani Ubezpieczający, ani Ubezpieczony nie znajduje się na jakiegokolwiek liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że Ubezpieczający lub Ubezpieczony znajduje się na liście sankcyjnej, Nationale-Nederlanden poinformuje w ciągu 10 dni od wystawienia Polisy o tym, że umowa nie została zawarta, a wystawiona Polisa jest nieważna. W przypadku, gdy ani

Ubezpieczający, ani Ubezpieczony nie występuje na listach sankcyjnych Umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia wystawienia Polisy.

11. Dyspozycje Ubezpieczającego dotyczące zmiany Ubezpieczającego lub objęcia ochroną ubezpieczeniową nowego Ubezpieczonego realizowane są pod warunkiem, że ani nowy Ubezpieczający, ani nowy Ubezpieczony nie znajdują się na listach sankcyjnych. W przypadku zidentyfikowania, że nowy Ubezpieczający lub nowy Ubezpieczony znajdują się na liście sankcyjnej, Nationale-Nederlanden poinformuje w ciągu 10 dni od dnia zrealizowania dyspozycji Ubezpieczającego o braku jej skuteczności.

Art. 4 Czy można zmienić Umowę ubezpieczenia

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia w przypadkach innych niż wskazane w art. 3 ust.5, 6:
 - a) wymaga uzgodnień pomiędzy Stronami,
 - b) wymaga dla swej skuteczności uprzedniej zgody Ubezpieczonego, jeśli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie lub jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego Ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania na piśmie lub jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. Ubezpieczający poprzez opłacenie składki na kolejny Rok polisowy potwierdza, iż uzyskał zgody Ubezpieczonych na zmianę Umowy ubezpieczenia oraz doręczył Ubezpieczonym nowe warunki.
5. Na 45 dni przed każdą Rocznicą polisy ubezpieczenia, Ubezpieczający może poprzez złożenie wniosku, po wyrażeniu zgody przez Nationale-Nederlanden, zmienić warunki Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.

Art. 5 W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki całkowitej za okres, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 6 Jak rozwiązać Umowę ubezpieczenia

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem Okresu rozliczeniowego, pod warunkiem doręczenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy nie później niż na 14 dni przed końcem Okresu rozliczeniowego. W innym przypadku Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem kolejnego Okresu rozliczeniowego.
3. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki całkowitej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego lub w formie dokumentowej wniosku o zawieszenie opłacania Składki całkowitej w terminie 30 dni od Dnia wymagalności Składki, Umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który opłacono Składkę całkowitą.
4. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej lub z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w Warunkach.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej lub dokumentowej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
6. Nationale-Nederlanden może wypowiedzieć Umowę dodatkową, która nie jest Umową ubezpieczenia na życie, wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie Nationale-Nederlanden o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego Okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego Okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem Okresu rozliczeniowego następującego po Okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 7 Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w przypadku:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego,
 - b) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,

- d) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - e) ukończenia przez Ubezpieczonego 75. roku życia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Współubezpieczony, wygasa w przypadku:
- a) wygaśnięcia ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, obok którego Współubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia,
 - b) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Współubezpieczonego,
 - c) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - d) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,
 - e) zaprzestania spełniania kryteriów kwalifikujących Współubezpieczonego do rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonych przez Ubezpieczającego lub Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteriów kwalifikujących do przynależności do Podgrupy,
 - f) ukończenia przez Współubezpieczonego 75. roku życia.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej następuje z pierwszym dniem Okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust.1 pkt a) – d) oraz w ust.2 pkt. a) – e) powyżej.
4. Jeśli Ubezpieczony ukończył 75 lat, to za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej Rocznicy polisy następującej po dniu ukończeniu 75. roku życia.

Art. 8 Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, na warunkach zaproponowanych przez Nationale-Nederlanden, w sytuacji kiedy ochrona z tytułu obecnej Umowy ubezpieczenia wygasła z powodu:
 - a) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - b) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) był objęty ochroną przez nieprzerwany okres co najmniej 6 miesięcy w ramach grupowego ubezpieczenia na życie u Ubezpieczającego. Dotyczy również programów grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonujących u Ubezpieczającego bezpośrednio przed Umową ubezpieczenia;
 - b) złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpieczonego.

Art. 9 Rozpoczęcie i zakończenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej Składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż od dnia określonego w Polisie, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności i obejmuje okres jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
2. Dzień rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umów dodatkowych wskazany jest w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
3. Przedłużenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden na kolejny Rok polisowy następuje zgodnie z art. 3.
4. W przypadku braku opłacenia Składki całkowitej w nowej zaproponowanej przez Nationale-Nederlanden wysokości lub opłacenia Składki całkowitej w wysokości niższej od zaproponowanej, Umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa.
5. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy dodatkowej kończy się z dniem jej wygaśnięcia, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.

Art. 10 Kto i w jaki sposób może przystąpić do ubezpieczenia

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ma ukończone 15 lat i nieukończone 75 lat,
 - b) jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub pozostaje z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Nationale-Nederlanden lub sama jest Właścicielem,
 - c) spełnia inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do Podgrupy.
2. Wraz z Ubezpieczonymi, którzy spełnili kryteria wskazane w ust.1, do ubezpieczenia mogą przystąpić także Współubezpieczeni, którzy mają:
 - a) ukończone 15 lat w przypadku Partnera i Małżonka, 18 lat w przypadku Dziecka i nieukończone 75 lat,
 - b) spełniają inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do Podgrupy.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu dla Współubezpieczonego rozumie się późniejszą z dat, odpowiednio:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Partnera –

- albo datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu przez Ubezpieczonego.
- Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Ubezpieczającego.
 - Zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia wymaga akceptacji Nationale-Nederlanden. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Nationale-Nederlanden ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
 - Nationale-Nederlanden w ramach akceptacji zgłoszenia przystąpienia danej osoby do ubezpieczenia, może wymagać od niej doręczenia określonych dodatkowych dokumentów dotyczących jej stanu zdrowia lub poddanie się przez nią badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych placówkach medycznych.
 - W przypadku, kiedy Suma ubezpieczenia na Umowie głównej przekracza Limit automatycznej akceptacji, na czas prowadzonej weryfikacji medycznej, Ubezpieczonemu przysługuje Suma ubezpieczenia w wysokości Limitu automatycznej akceptacji dla Umowy głównej. W przypadku Umów dodatkowych Sumy ubezpieczenia będą nie wyższe niż wartość Limitu automatycznej akceptacji. Po zakończeniu weryfikacji medycznej, Nationale-Nederlanden pisemnie lub w formie dokumentowej poinformuje Ubezpieczonego o ostatecznych wysokościach Sum ubezpieczenia i składkach. Zmiany w zakresie Ubezpieczenia zostaną wprowadzone od najbliższego Okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu przez Ubezpieczonego akceptacji przedstawionej propozycji ostatecznych wysokości Sum ubezpieczenia.
 - Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego Okresu rozliczeniowego, za który opłacono Składkę podstawową za Ubezpieczonego.
 - Nationale-Nederlanden potwierdza objęcie Ubezpieczonego ubezpieczeniem przez wystawienie Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 - Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem jednej Podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności do Podgrupy możliwe jest jedynie w Rocznicę polisy.

Art. 11 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje

- W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
- W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia

- odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
- W czasie Karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 12 Jakie są obowiązki po stronie Nationale-Nederlanden

- W razie śmierci Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
- Nationale-Nederlanden i osoby przez towarzystwo zatrudnione oraz podmioty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Nationale-Nederlanden, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z Umową ubezpieczenia. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych osoby, która przekazała zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i nie została objęta Ubezpieczeniem.
- Nationale-Nederlanden jest zobowiązane przekazać Ubezpieczającemu na piśmie lub na innym trwałym nośniku jeśli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, informacje w zakresie zmiany Warunków lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń.
- Nationale-Nederlanden jest zobowiązane na piśmie lub jeśli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Nationale-Nederlanden informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
- Nationale-Nederlanden na żądanie Ubezpieczonego jest zobowiązane do przekazania informacji określonych w ust.3 i 4. W przypadku nieprzekazania wymaganych informacji zmiana warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia i Sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.

Art. 13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający zobowiązuje się do terminowej i prawidłowej zapłaty składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązuje się do doręczenia Ubezpieczonemu Warunków przed podpisaniem

- deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i udostępniania Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków w trakcie trwania Umowy oraz do informowania o wszelkich zmianach w Warunkach lub prawie właściwym dla zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, jeżeli wysokość ta ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia oraz o zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust.3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
 5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o ile strony tak uzgodniły.
 6. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani poinformować Nationale-Nederlanden o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Nationale-Nederlanden. Naruszenie tego obowiązku zwalnia Nationale-Nederlanden z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
 7. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Nationale-Nederlanden o liczbie osób uprawnionych do ubezpieczenia zgodnie z kryterium uprawnienia, o które Nationale-Nederlanden pyta we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Nationale-Nederlanden zastrzega sobie możliwość zmiany Składki podstawowej w przypadku, gdy informacje podane przez Ubezpieczającego okażą się niezgodne ze stanem faktycznym.
 8. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego przekazać Nationale-Nederlanden pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób w stosunku, do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa oraz osób, w stosunku do których obowiązek opłacania Składki podstawowej ulega zawieszeniu, w formie pisemnej, dokumentowej lub za pośrednictwem portalu internetowego udostępnionego przez Nationale-Nederlanden.
 9. Nationale-Nederlanden ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym Okresie rozliczeniowym osoby, o której przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust.8 powyżej, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
 10. Informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Nationale-Nederlanden najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego Roku polisowego. Oświadczenie Nationale-Nederlanden o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy.
 11. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Nationale-Nederlanden, pod warunkiem dostarczenia tych formularzy przez Nationale-Nederlanden.
 12. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
 13. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy.
- #### Art. 14 Suma ubezpieczenia
1. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden.
 2. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.
 3. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy.
- #### Art. 15 Wysokość Składki podstawowej
1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Nationale-Nederlanden (Rok polisowy). Wysokość Składki podstawowej obowiązującej w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust.2-3, z zastrzeżeniem ust.5 i 6.
 2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej.
 3. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 17 ust.2 i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) stopnia ryzyka wynikającego z dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia,
 - h) wykonywanego zawodu.
 4. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Nationale-Nederlanden w związku z oferowaniem umów grupowego ubezpieczenia na życie lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka

ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust.2-3.

- Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka podstawowa jest ustalona niezależnie od postanowień ust.2-4, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Nationale-Nederlanden i Ubezpieczającego. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.
- Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.
- Nationale-Nederlanden zwraca Ubezpieczającemu odpowiednią część Składki podstawowej za okres, w którym nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej w związku z jej wcześniejszym ustaniem.

Art. 16 Wysokość Składki całkowitej

- Składka całkowita może być opłacana:
 - miesięcznie,
 - kwartalnie,
 - raz na pół roku,
 - raz na rok.
- W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny, Nationale-Nederlanden może udzielić odpowiednich bonifikat.
- Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia i może ona ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego.
- Częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest określona w Polisie.
- Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy Okres rozliczeniowy najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Nationale-Nederlanden kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.
- Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy Okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w Art. 13 ust.8, z zastrzeżeniem ust.8 poniżej.
- W razie niedoręczenia Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w Art. 13 ust.8, Nationale-Nederlanden oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Nationale-Nederlanden informacji.
- Nationale-Nederlanden oblicza wysokość Składki całkowitej oraz, o ile nie uzgodniono inaczej w Umowie ubezpieczenia, wystawia/udostępnia Ubezpieczającemu drogą elektroniczną dokument uwzględniający wysokość składki najpóźniej pierwszego dnia roboczego kolejnego Okresu

rozliczeniowego. Ubezpieczający jest zobowiązany do wskazania oraz bieżącej aktualizacji danych dotyczących osoby kontaktowej oraz adresu poczty elektronicznej przeznaczonych do przekazywania wyżej opisanego dokumentu księgowego.

Art. 17 W jaki sposób można dokonać zmiany wysokości składki

- W przypadku kontynuowania Umowy ubezpieczenia w każdą Rocznicę polisy wysokość Składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaoferowania, w związku ze zmianą stawek ubezpieczeniowych i oceny ryzyka, przez Nationale-Nederlanden składki w nowej wysokości na kolejny Rok polisowy, a także opłacenia składki przez Ubezpieczającego w nowej, zaproponowanej wysokości lub zaakceptowania przez Nationale-Nederlanden zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego.
- W przypadku zmiany w trakcie Roku polisowego struktury Ubezpieczonych („struktura”), w tym zmiany liczby ubezpieczonych pracowników w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej co najmniej o 20%, Nationale-Nederlanden ma prawo do ponownego określenia wysokości Składki podstawowej. Przy ocenie stopnia zmian struktury Nationale-Nederlanden uwzględnia również Ubezpieczonych, za których opłacenie Składki podstawowej zostało zawieszona oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.
- W przypadku, o którym mowa w ust.2, nowa wysokość Składki podstawowej obowiązuje od najbliższego Okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości Składki podstawowej, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji i opłaci nową składkę.

Art. 18 Kiedy można zawiesić opłacanie składki

- W przypadku kontynuowania Umowy ubezpieczenia począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Nationale-Nederlanden, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku na 7 dni przed początkiem kolejnego Okresu rozliczeniowego. Zawieszenie opłacania Składek podstawowych oznacza zawieszenie opłacania Składek całkowitych.
- Wniosek, o którym mowa w ust.1, musi zawierać wskazanie Okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania składki.
- W okresie zawieszenia opłacania składki Nationale-Nederlanden nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego Składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

4. Opłacanie Składki całkowitej może być zawieszona na nie więcej niż jeden rok.
5. Wznowienie opłacania Składki podstawowej lub Składki całkowitej nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust.1.
6. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, począwszy od najbliższego Okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Nationale-Nederlanden.
7. W przypadku, gdy okres zawieszenia opłacania składki przekracza 6 miesięcy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu:
 - a) Umowy głównej dotyczącej śmierci ubezpieczonego,
 - b) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod HSDR17),
 - c) Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod LHSD17),
 - d) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka (kod DSB17),
 - e) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka (kod DPB17),
 - f) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Dziecka (kod DCB17),
 - g) Umowy dodatkowej dotyczącej narodzin martwego Dziecka (kod SBB17),
 - h) Umowy dodatkowej dotyczącej osierocenia Dziecka (kod OCB17),
 - i) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego (kod CIB17_A, CIB17_B oraz CIB17_C),
 - j) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne (kod CIB17_D),
 - k) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka (kod SCIB17_A, SCIB17_B oraz SCIB17_C),
 - l) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka (kod CCIB17),
 - m) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu (kod HDB17),
 - n) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem szpitalnym (kod HDBH17),
 - o) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (kod HSHDB17),
 - p) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu (kod SHDB17),
 - r) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu (kod CHDB17),
 - s) Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego (kod MSR17_A, MSR17_A+ oraz MSR17_2A+),
 - t) Umowy dodatkowej dotyczącej diagnozy cukrzycy lub powikłania cukrzycy (DIA17),
 - u) Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego ubezpieczonego i jego rodziny (MTH17_A, MTH17_B) w zakresie zdarzeń: Depresja i Zaburzenia lękowe (nerwica),
- v) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod SHSDR17) o ile Umowa ubezpieczenia zawiera te Umowy dodatkowe, zostanie przywrócona po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego. W tym czasie Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem wymienionych Umów dodatkowych wyłącznie, jeżeli zaszyły one wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka (kod BCB) ochrona ubezpieczeniowa po zawieszeniu opłacania składki zostanie wznowiona po upływie 9 miesięcy od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego.
9. W przypadku Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego (kod CCB17) oraz umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego z diagnostyką (kod CCBH17), jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór zajdzie przed upływem 180 dni od dnia pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego po zawieszeniu ochrony Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości sumy Składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową (kod CCB17 lub CCBH17), opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia po przywróceniu ochrony ubezpieczeniowej.
10. Zapisy, o których mowa w ust.7-9 niniejszego artykułu, nie mają zastosowania dla Umów ubezpieczenia zawartych na rzecz więcej niż 20 Ubezpieczonych.

Świadczenia Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy ubezpieczenia

Art. 19 Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego. Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Nationale-Nederlanden.

Art. 20 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia

1. Świadczenie jest wypłacane Uposażonemu na jego pisemny wniosek.
2. Jeżeli Ubezpieczony wyznaczył więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania

- udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, Nationale-Nederlanden ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym zgodnie z zasadą, o której mowa w ust.2.
 4. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust.3, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) rodzice,
 - d) rodzeństwo,
 - e) dzieci rodzeństwa.
 5. Otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego wymienionych w ust.4 zaliczonych do wyższej kategorii, wyklucza otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego zaliczonych do niższej kategorii (kategoria „a” – najwyższa). Członkowie rodziny Ubezpieczonego zaliczani do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach. Świadczenie nie przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
 6. W przypadku braku osób wymienionych w ust.4 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
 7. Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego w drodze pisemnego oświadczenia złożonego Nationale-Nederlanden. Zmiana Uposażonego staje się skuteczna z dniem otrzymania tego oświadczenia przez Nationale-Nederlanden.

Art. 21 Jakie są terminy i warunki wypłaty świadczeń

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty,

- dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, o których mowa w ust.1 oraz wskazane w Umowach dodatkowych, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Nationale-Nederlanden nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 3. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Nationale-Nederlanden o zdarzeniu wskazanym w Art. 2 ust.2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 4. Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.

Art. 22 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego po Dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia Składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni

- wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania składki Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia.

Art. 23 Czy Nationale-Nederlanden może odmówić wypłaty świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia

1. Nationale-Nederlanden nie dokona wypłaty świadczeń (w tym świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, świadczeń z tytułu Umów dodatkowych), które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - b) osoby zamieszkałej w krajach o nie akceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d).
 - f) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
2. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniądzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane wyżej organizacje.
3. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrcc.

Art. 24 Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy mają prawo złożyć Reklamację.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - a) elektronicznie – za pomocą formularza, który jest dostępny na naszej stronie internetowej www.nn.pl;

- b) pisemnie – osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie lub listownie na nasz adres ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;
 - c) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24 albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie.
3. Odpowiedzi na reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
 - a) jakie są przyczyny opóźnienia;
 - b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę;
 - c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od otrzymania reklamacji.
 5. Odpowiemy na reklamację na piśmie. Odpowiedź prześlemy listownie na wskazany adres osoby, która ją składała.
 6. Na wniosek osoby, która składała reklamację, odpowiedź na nią wyślemy elektronicznie na podany przez tę osobę adres email.

Art. 25 Podatki

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazuje się w Polisie.
2. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 26 System monetarny

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

Art. 27 Prawo właściwe

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 28 Przekazywanie korespondencji

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Nationale-Nederlanden, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w Warunkach, powinny być przekazywane do siedziby Nationale-Nederlanden w formie pisemnej, a w przypadku uzgodnienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia i Nationale-Nederlanden innej formy komunikacji – w takiej uzgodnionej formie,

niezależnie od pozostałych postanowień Warunków. Komunikacja Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia w zakresie Reklamacji odbywa się w formach określonych w paragrafie dotyczącym Reklamacji.

2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Nationale-Nederlanden w związku z Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Art. 24 ust.6, będą dokonywane w formie uzgodnionej przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną z Umowy ubezpieczenia i Nationale-Nederlanden albo w innej formie, w szczególności pisemnej, o ile taka forma wynika to z obowiązujących przepisów prawa. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysyłane przez Nationale-Nederlanden w formie pisemnej są kierowane na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 29 Rozstrzygnięcie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 30 Pozostałe postanowienia

Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Nationale-Nederlanden, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w sposób odbiegający od Warunków.

Art. 31 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HSDR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSDR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 2) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,

- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną był Zawał serca lub Udar mózgu, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia Zawału serca lub Udar mózgu w ciągu 30 dni od diagnozy.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku zawieszenia opłacania składki przez okres powyżej 3 miesięcy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostanie przywrócona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę całkowitą.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - d) wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana,
 - e) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,

- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
 3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał lub Udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ADR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

„**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci

Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.

2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności

koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku,

którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

ADT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ADT17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADT17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
2. **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
3. **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych Warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
4. **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej pod warunkiem, że wypadek komunikacyjny w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,

- c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego.
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - h) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego

- na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WADR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WADR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
2. **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony, w ramach łączącego Ubezpieczonego z jego Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku przy pracy będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.

- d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu Art. 1 pkt 2 Warunków,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez Pracodawcę.
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach

motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie, i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,

- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
4. Za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CCB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 2) **„Nowotwór”** – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ) lub Nowotwór łagodny.
- 3) **„Nowotwór złośliwy”** – nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
- 4) **„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.
- 5) **„Nowotwór łagodny”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i niepowodujący przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.

Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy i jajnika, po leczeniu chirurgicznym.

- 6) **„Diagnoza”** – rozpoznanie przez Lekarza Nowotworu objętego zakresem ubezpieczenia, wymienionego w Art. 2 ust.2, poparte wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych – Nowotworów w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) Rak przedinwazyjny piersi
 - b) Rak przedinwazyjny jajnika
 - c) Rak przedinwazyjny trzonu macicy
 - d) Rak przedinwazyjny jajowodu
 - e) Rak przedinwazyjny jądra
 - f) Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 N0M0
 - g) Czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A
 - h) Rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego
 - i) Nowotwór łagodny tarczycy po leczeniu chirurgicznym
 - j) Nowotwór łagodny jajnika po leczeniu chirurgicznym
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia Diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzecznictwom w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się

badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2 Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia albo, w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.4, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpiezonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”) zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego.
4. W przypadku Diagnozy kilku Nowotworów, o których mowa w Art. 2 ust.2 Nationale-Nederlanden wypłaca świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Nowotworu:
 - karta wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - opinia Lekarza prowadzącego,
 - odpis wyniku badania histopatologicznego,
 - dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku Nowotworu łagodnego lub potwierdzające Diagnozę Nowotworu objętego zakresem Umowy,
 - d) inne dokumenty, w tym dokumenty medyczne, opinie i wyniki badań laboratoryjnych możliwe do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczące zajścia zdarzenia oraz niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe

w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Nowotworu rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, który jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.1 nie stosuje się jeżeli zachorowanie na Nowotwór nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni po Dniu wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1, 2 lub 3 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust.2, zajdzie przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust.2, zajdzie przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek.
6. Ograniczenia odpowiedzialności opisane w ust.5 nie znajdują zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust.2 (piersi, jajnika, trzonu macicy, jajowodu, jądra) oraz dysplazji szyjki macicy i wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- b) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3, Art. 6, Art. 7, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CCBH17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCBH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 2) **„Nowotwór”** – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ) lub Nowotwór łagodny.
- 3) **„Nowotwór złośliwy”** – nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
- 4) **„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.
- 5) **„Nowotwór łagodny”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i niepowodujący przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy i jajnika, po leczeniu chirurgicznym.
- 6) **„Diagnoza”** – rozpoznanie przez Lekarza Nowotworu objętego zakresem ubezpieczenia, wymienionego w Art. 2 ust.2, poparte wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
- 7) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. a).
- 8) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. a);
- 9) **„Konsultant medyczny”** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 10) **„Placówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Usług medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący wykluczeniu lub zdiagnozowaniu Choroby nowotworowej u Ubezpieczonego. Zakres Usług medycznych dotyczy tylko procesu diagnostycznego;
- 12) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, wykonane w celu wykluczenia lub zdiagnozowania choroby nowotworowej, pozwalające na rozpoczęcie prawidłowego leczenia onkologicznego w jak najkrótszym czasie.
- 13) **„Choroba nowotworowa”** – niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych czynnościowo komórek z naciekaniami zdrowych tkanek, charakteryzujący się atypią, wysokim indeksem mitotycznym, naciekaniami tkanek otaczających, dawaniami wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów.

- 14) „**Świadczenie medyczne**” – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach ustalonego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej Usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia Świadczeń medycznych;
 - 15) „**Centrum Świadczeń medycznych**” – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
 - 16) „**Portal Ubezpieczonego**” – aplikacja za pośrednictwem której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie usług za pośrednictwem e-rejestracji.
 - 17) „**Infolinia medyczna**” – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych. Zmiana numeru Infolinii medycznej nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia;
- a) w odniesieniu do wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej – dzień wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego o wstępnym rozpoznaniu lub podejrzeniu rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej;
 - b) w odniesieniu do wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu, o którym mowa w ust.2 lit. b) – dzień postawienia Diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem iż Usługi medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2 Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:
 - a) wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową oraz
 - b) wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących Nowotworów w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - i. Rak przedinwazyjny piersi;
 - ii. Rak przedinwazyjny jajnika;
 - iii. Rak przedinwazyjny trzonu macicy;
 - iv. Rak przedinwazyjny jajowodu;
 - v. Rak przedinwazyjny jądra;
 - vi. Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 NOM0;
 - vii. Czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A;
 - viii. Rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego;
 - ix. Nowotwór łagodny tarczycy po leczeniu chirurgicznym;
 - x. Nowotwór łagodny jajnika po leczeniu chirurgicznym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu i w jakiej wysokości?

1. W przypadku Diagnozy Nowotworu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia a w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.4 i 7, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”).
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu postawienia Diagnozy.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Nowotworu, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b) skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
4. W przypadku Diagnozy kilku Nowotworów, o których mowa w Art. 2 ust.2 lit. b) Nationale-Nederlanden wypłaca jedno świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Nowotworu:
 - karta wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - opinia Lekarza prowadzącego,
 - odpis wyniku badania histopatologicznego,
 - dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku Nowotworu łagodnego lub potwierdzające Diagnozę Nowotworu objętego zakresem Umowy,
 - d) inne dokumenty, w tym dokumenty medyczne, opinie i wyniki badań laboratoryjnych możliwe do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczące zajścia zdarzenia oraz niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o Diagnostyce Nowotworu. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania Choroby nowotworowej i w jakiej wysokości?

1. W przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania Choroby nowotworowej:
 - 3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
 - b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie podejrzenia Choroby nowotworowej lub jej wstępne rozpoznanie, lub
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 - 3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
 - a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
 - b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
 - c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas lub
 - d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust.3.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
 - 3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr. 1 do niniejszej umowy, w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
4. Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych
 - 4.1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - a) w formie bezgotówkowej realizacji Usług medycznych, za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
 - 4.2. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi.
 - 4.3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazane w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego.

5. Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego
 - 5.1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przestać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem Usługi medycznej,
 - b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub;
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 - 5.2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu sms.
 - 5.3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
 - 5.4. W przypadku, o którym mowa w ust.5.3 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
 - 5.5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalne wysokości wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.
 - 5.6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust.5.5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej
 - 6.1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Usług medycznych Ubezpieczony powinien:
 - a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
 - e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
 - 6.2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
 - b) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - c) rodzaj koniecznej pomocy;
 - d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
 - e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
 - 6.3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, który jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.1 nie stosuje się jeżeli zachorowanie na Nowotwór nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni po Dniu wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia,

- jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1 lub 3 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b), zajdzie przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b), zajdzie przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek.
 6. Ograniczenia odpowiedzialności opisane w ust.5 nie znajdują zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.
 7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust.2 lit. b) (piersi, jajnika, trzonu macicy, jajowodu, jądra) oraz dysplazji szyjki macicy i wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych.
 8. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Choroba nowotworowa była leczona lub została zdiagnozowana w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli Ubezpieczony rozpoczął proces diagnostyczny związany z tą Chorobą nowotworową przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 9. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Usługi medyczne wykonane przez Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.
 10. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. a) spowodowane:
 - a) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - b) wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed 1 rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - c) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - d) leczeniem i diagnozowaniem niepłodności;
 - e) stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do Nationale-Nederlanden przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeżeli Nationale-Nederlanden o nie wyraźnie pytało i mogłyby one wpłynąć na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej umowy.
 11. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe, o których mowa w Art. 2 ust.2 lit. a) wymagające wykonania:
 - a) badań genetycznych;
 - b) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - c) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
 12. Nationale-Nederlanden nie zrealizuje Świadczenia medycznego w formie pieniężnej i bezgotówkowej za Usługi medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- b) wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

do ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17

Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka podstawowa		
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)		35,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł
zdejmowanie szwów		15,00 zł
2. 4. 2 Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie		
Alergolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Angiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł
Chirurg onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Dermatolog – Wenerolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Endokrynolog konsultacja lekarska		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Gastroenterolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Ginekolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Ginekolog – Endokrynolog konsultacja lekarska		120,00 zł
Hematolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Hepatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Immunolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Lekarz chorób zakaźnych konsultacja lekarska		85,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł
Nefrolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł
Onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł
Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Proktolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Urolog – Androlog konsultacja lekarska		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Alergologia		
	1 punkt	6,00 zł
testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy	10 punktów	60,00 zł
	20 punktów	120,00 zł
	3 punkty	18,00 zł
	5 punktów	30,00 zł
testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny	1 punkt	6,00 zł
	10 punktów	60,00 zł
	20 punktów	120,00 zł
	3 punkty	18,00 zł
testy uczuleniowe płatkowe (skórne)	5 punktów	30,00 zł
	1 punkt	15,00 zł
	10 punktów	100,00 zł
	20 punktów	200,00 zł
odczulanie (bez kosztu leku przepisane na receptę)		45,00 zł
Chirurgia		
iniekcja dostawowa		40,00 zł
leczenie owrzodzeń skórnych		60,00 zł
leczenie zastrzału powierzchniowego		60,00 zł
nacinanie i drenaż czyraka		60,00 zł
nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka		80,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwknięcia)		40,00 zł
punkcja stawów		35,00 zł
szycie rany		30,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		30,00 zł
wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		160,00 zł
wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		240,00 zł
założenie sącza		30,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego		80,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		50,00 zł
zdejmwowanie szwów		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Dermatologia		
dermatoskopia		50,00 zł
kriochirurgia/ krioterapia		50,00 zł
laseroterapia zmian skórnych		180,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Ginekologia		
elektrokoagulacja szyjki macicy		120,00 zł
krioterapia nadżerek		120,00 zł
pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego		40,00 zł
Laryngologia (Otolaryngologia)		
koagulacja naczyń przegrody nosa		75,00 zł
donosowe podanie leku obkurczającego		10,00 zł
odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		30,00 zł
opatrunek uszny z lekiem		30,00 zł
pędzłowanie gardła, jamy ustnej		30,00 zł
płukanie uszu		30,00 zł
postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		75,00 zł
przedmuchiwanie trąbki słuchowej		75,00 zł
punkcja zatok		30,00 zł
usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		35,00 zł
założenie i usunięcie przedniej tamponady		120,00 zł
zdejmwowanie szwów		30,00 zł
Okulistyka		
adaptacja do ciemności		35,00 zł
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
badanie pola widzenia (perymetria)		35,00 zł
badanie widzenia przestrzennego		35,00 zł
egzoftalmometria		15,00 zł
gonioskopia		35,00 zł
iniekcja podspojówkowa		20,00 zł
komputerowe badanie wzroku		5,00 zł
płukanie dróg łzowych		20,00 zł
podanie leku do worka spojówkowego		20,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
skiaskopia		35,00 zł
usunięcie ciała obcego z oka		30,00 zł
usuwanie gradówki		250,00 zł
Ortopedia		

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
punkcja (zmiany urazowe)		35,00 zł
punkcja (zmiany zapalne)		35,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		40,00 zł
założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		80,00 zł
założenie opaski elastycznej i temblaka		30,00 zł
założenie szyny Kramera		30,00 zł
założenie szyny Zimmera		30,00 zł
założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Patomorfologia		
badanie i ocena histopatologiczna biopsji/wycinka	w ramach zabiegu zgodnego z wariantem ochrony	30,00 zł
Reumatologia		
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
Urologia		
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
płukanie pęcherza moczowego		30,00 zł
Opieka specjalistyczna – 2 konsultacje psychiatry i 2 konsultacje psychologa		
Psychiatra konsultacja lekarska		75,00 zł
Psycholog konsultacja		75,00 zł
Badania laboratoryjne		
Badania biochemiczne		
albumina		6,00 zł
alfa – 1 – antytrypsyna		45,00 zł
aminokwasy		30,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		6,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł
amylaza		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
apolipoproteina	apo A1	50,00 zł
apolipoproteina	apo B	50,00 zł
białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
białko całkowite		6,00 zł
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
bilirubina bezpośrednia		6,00 zł
bilirubina całkowita		6,00 zł
bilirubina pośrednia		6,00 zł
ceruloplazmina		25,00 zł
chlorki		6,00 zł
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
cholinesteraza	krwinkowa	30,00 zł
cholinesteraza	wątrobowa	30,00 zł
cyjanokobalamina (witamina B12)		20,00 zł
cynk (Zn)		20,00 zł
cystyna/homocystyna		35,00 zł
czynnik reumatoidalny (RF)		10,00 zł
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		10,00 zł
digoksyna		14,00 zł
ferrytyna		20,00 zł
fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
fosfor		6,00 zł
fosforan nieorganiczny		6,00 zł
fosfotaza alkaliczna (ALP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP)		10,00 zł
GGTP- gamma glutamylotransferaza		10,00 zł
glukoza	20 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	60 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 1 godzinie	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 2 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 4 godzinach	20,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 5 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	na czczo	20,00 zł
homocysteina		35,00 zł
jonogram (Na, K)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
klirens endogennej kreatyniny		10,00 zł
kreatynina		6,00 zł
kwas foliowy		20,00 zł
kwas homowanilinowy (HVA)		35,00 zł
kwas moczowy		6,00 zł
kwas walproinowy		28,00 zł
kwasy żółciowe		50,00 zł
lipaza		12,00 zł
lipidogram		24,00 zł
magnez		6,00 zł
methemoglobina		30,00 zł
mioglobina		28,00 zł
mocznik, azot mocznikowy (pozabiałkowy), BUN		6,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		10,00 zł
ołów (Pb)		55,00 zł
peptyd natriuretyczny (BNP)		35,00 zł
peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		35,00 zł
potas (K)		6,00 zł
próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		32,00 zł
seromukoid		12,00 zł
sód (Na)		6,00 zł
transferyna		10,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)		6,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
tyreoglobulina		30,00 zł
tyrozyna		35,00 zł
USR (VDRL)		10,00 zł
wapń całkowity		6,00 zł
witamina D – metabolit 1,25(OH)		70,00 zł
witamina D – metabolit 25(OH)		70,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
żelazo		6,00 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		10,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	120 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	180 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	300 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	60 min po obciążeniu	18,00 zł
Badania hematologiczne		
antytrombina III (AT III)		45,00 zł
bezpośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (BTA)		20,00 zł
białko C		45,00 zł
białko S wolne		45,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas krwawienia		9,00 zł
czas krzepnięcia		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	II – protrombina,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	IX – czynnik antyhemofilowy B	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	V – proakceleryna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VII – prokonwertyna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	X – czynnik Stuarta – Prowera,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XI – czynnik antyhemofilowy C	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XII – czynnik Hagemana,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	45,00 zł
D-dimery		35,00 zł
eozynofilia bezwzględna		6,00 zł
fibrinogen		10,00 zł
haptoglobulina		30,00 zł
hemoglobina wolna		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
hemolizyny		20,00 zł
inhibitor składnika C1 dopełniacza		45,00 zł
inhibitory krzepnięcia		35,00 zł
komórki LE		17,00 zł
leukocyty		6,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
osmolarność krwi		25,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh		30,00 zł
plazminogen		10,00 zł
płytki krwi		6,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		20,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		35,00 zł
retikulocyty		6,00 zł
Badania moczu		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		30,00 zł
albuminy w moczu		6,00 zł
amylaza w moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
białko Bence'a-Jonesa w moczu		50,00 zł
bilirubina w moczu		6,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł
ciała ketonowe w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		3,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindoloocetowy (5 – HIAA)		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) -17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		40,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		6,00 zł
glukoza/cukier w moczu		3,00 zł
hemoglobina wolna w moczu		15,00 zł
Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		80,00 zł
kadm w moczu		80,00 zł
katecholaminy w moczu		30,00 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		20,00 zł
koproporfiryny w moczu		40,00 zł
kortyzol w moczu		30,00 zł
kreatynina w moczu		6,00 zł
kwas delta-aminolewulinowy w moczu		50,00 zł
kwas moczowy w moczu		6,00 zł
kwas wanilinomigdałowy w moczu		50,00 zł
liczba Addisa w moczu		10,00 zł
łańcuchy lekkie kappa w moczu		50,00 zł
łańcuchy lekkie lambda w moczu		50,00 zł
magnez w moczu		6,00 zł
metoksykatecholaminy w moczu		50,00 zł
miedź w moczu		45,00 zł
mikroalbuminuria		6,00 zł
mocznik w moczu		6,00 zł
noradrenalina/adrenalina w moczu		30,00 zł
ołów w dobowej zbiórce moczu		45,00 zł
osmolarność moczu		10,00 zł
potas w moczu		6,00 zł
rtęć (Hg) w moczu		50,00 zł
skład chemiczny kamienia nerkowego		50,00 zł
sód w moczu		6,00 zł
test ciężkowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
wapń całkowity w moczu		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Badania kału		
badanie ogólne kału		12,00 zł
badanie kału na obecność lamblii		20,00 zł
badanie kału w kierunku jaj pasożytów		20,00 zł
badanie kału w kierunku owisików		12,00 zł
badanie kału w kierunku rotawirus/adenowirusy		28,00 zł
badanie kału – antygen Helicobacter pylori		28,00 zł
badanie kału – resztki pokarmowe		14,00 zł
badanie kału w kierunku Shigella i Salmonella		28,00 zł
krew utajona w kale		12,00 zł
Badania hormonalne		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		26,00 zł
adrenalina		35,00 zł
aktywność reninowa osocza (ARO)		35,00 zł
aldolaza		35,00 zł
aldosteron		35,00 zł
androstendion		35,00 zł
androsteron		35,00 zł
białko transportujące insulinopodobne czynniki wzrostu (IGFBP-3)		40,00 zł
dezoksykortyzol		26,00 zł
DHEA-S (dehydroepiandrosteronu siarczan)		30,00 zł
erytropoetyna		30,00 zł
esteraza acetyloholinowa		20,00 zł
estradiol (E2)		30,00 zł
estriol		30,00 zł
estriol wolny		30,00 zł
fenyloalanina (PKU)		35,00 zł
glikolizowane białko		40,00 zł
globulina wiążąca hormony płciowe (SHBG)		30,00 zł
glutamylotransferaza		40,00 zł
gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG)		15,00 zł
hemoliza kwaśna		40,00 zł
hormon adrenokortykotropowy (ACTH)		26,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
hormon anty-Mullerowski (AMH) – diagnostyka płodności		80,00 zł
hormon folikulotropowy (FSH)		26,00 zł
hormon luteinizujący (LH)		26,00 zł
hormon tyreotropowy (TSH)		26,00 zł
hormon wzrostu (GH)		26,00 zł
Inhibina B		80,00 zł
insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1)		40,00 zł
kalcytonina		22,00 zł
katecholaminy		26,00 zł
kortyzol	pobranie po południu	26,00 zł
kortyzol	pobranie rano	26,00 zł
łańcuchy lekkie kappa i lambda		55,00 zł
N-Acetyloglukozaminidaza		26,00 zł
osteokalcyna		30,00 zł
PAPP-A (badanie przesiewowe)		150,00 zł
parathormon intact (iPTH)		25,00 zł
progesteron		26,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	120 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	30 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	60 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	przed obciążeniem	30,00 zł
prolaktyna (PRL)		26,00 zł
receptory estrogenowe		35,00 zł
receptory progesteronowe		35,00 zł
renina		28,00 zł
serotonina		28,00 zł
testosteron całkowity		26,00 zł
testosteron wolny		26,00 zł
trijodotyronina całkowita (TT3)		18,00 zł
trijodotyronina wolna (FT3)		18,00 zł
tyroksyna całkowita (TT4)		18,00 zł
tyroksyna wolna (FT4)		18,00 zł
Markery nowotworowe		
alfa – fetoproteina (AFP)		30,00 zł
antygen CA 125 (CA 125)		32,00 zł
antygen CA 15-3 (CA15-3)		32,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
antygen CA 19-9 (CA 19-9)		32,00 zł
antygen karcynoembrionalny (CEA)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)		45,00 zł
badanie typu immunoassay w kierunku antygeny guza		32,00 zł
beta-2-mikroglobulina (b2-M)		30,00 zł
Badania mikrobiologiczne		
antybiogram		20,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	krw	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z jamy ustnej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z odbytu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z worka spojówkowego	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze skóry	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze sromu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	mocz	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	nasienie	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	plwocina	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	ropa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	włosy	35,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	35,00 zł
cytologia złuszczeniowa z nosa		30,00 zł
posiew kału		28,00 zł
posiew kału w kierunku pasożytów		28,00 zł
posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella		28,00 zł
posiew krwi	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew moczu		28,00 zł
posiew nasienia		30,00 zł
posiew plwociny	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew plwociny	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z oka		28,00 zł
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy	28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
wymaz ze zmian skórnych	posiew tlenowy	28,00 zł
Badania serologiczne		
aglutynacja cząstek		20,00 zł
antygen Hbe		20,00 zł
antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs – HBsAg)		20,00 zł
antykoagulant toczeniowy (LA)		55,00 zł
badanie w kierunku rotawirusów		28,00 zł
przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)		55,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting		55,00 zł
przeciwciała p. bakteryjne		28,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgG		55,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgM		55,00 zł
przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb. nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgG		40,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgM		40,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA		55,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)		28,00 zł
przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żółądka (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)		55,00 zł
przeciwciała p. DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)		55,00 zł
przeciwciała p. dsDNA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgA – EmA IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgG – EmA IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgG		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgM		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		55,00 zł
przeciwciała p. HAV	frakcja IgM	28,00 zł
przeciwciała p. HAV	poziom całkowity	28,00 zł
przeciwciała p. HBc (całkowite)		28,00 zł
przeciwciała p. Hbe (anty – Hbe)		28,00 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		28,00 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		28,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori		28,00 zł
przeciwciała p. heterofilne		28,00 zł
przeciwciała p. HIV1/HIV2		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe i p. cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kardiolipinie w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. komórkom okładzinowym żółtka – (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. korze nadnerczy		55,00 zł
przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2		55,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)		55,00 zł
przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej (αTPO, anty TPO)		28,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM		55,00 zł
przeciwciała p. receptorom acetylocholino (AChR – Ab)		55,00 zł
przeciwciała p. receptorom TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)		28,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Shigella		28,00 zł
przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		55,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		28,00 zł
przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		28,00 zł
przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		55,00 zł
przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. tyreoglobulinie		28,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnqtrzydzielniczym trzust.I kom. Kubkowatym jelit met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Yersinia		28,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID		55,00 zł
SLE – pólnościowo		55,00 zł
Diagnostyka cukrzycy		
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB))		20,00 zł
insulina		22,00 zł
	na czczo	50,00 zł
	po 120 min	50,00 zł
	po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
peptyd C		25,00 zł
Badania immunologiczne		
Immunoglobuliny (IgA)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgG)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgM)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgE)	E całkowite	22,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Acarus Siro D70 (w kurzu)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Alternaria Tenuis M6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Amoksycyklina C204	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Aspergillus Fumigatus M3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Babka lancetowata W9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Banan F92	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Białko jaja F1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Brzoza Brodawkowata T3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Bylica Pospolita W6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Candida Albicans M5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cebula F48	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chironimus Plumosus 173	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłóć pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cladosporium Herbarum M2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Czekolada F105	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Dorsz F3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drożdże browarnicze F403	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Fasola F15	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Glista ludzka P1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gluten (Gliadyna) F79	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łękowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłósówka wełnista (G13)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Groch F12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gruszka F94	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gryka F11	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Indyk F284	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jabłko F49	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Osy Vespula sp. I3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Pszczoły I1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Szerszenia Europejskiego I5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jagnię (baranina) F88	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jajko całe F245	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jęczmień F6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kakao F93	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Karaluch – Prusak I6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kawa F221	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kazeina F78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kiwi F84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komar I71	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komosa Biała W10	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Koperek 277	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kostrzewa Łękowa G4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Krupówka Pospolita G3	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kukurydza F8	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurczak F83	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurz – mieszanka (Bencard)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lateks K82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lepidoglyphus Destructor D71	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Leszczyna Pospolita T4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Marchew F31	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), maślak jadalny (F37), tuńczyk (F40)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicillium notatum (M1), Cladosporium herbarum (M2), Aspergillus fumigatus (M3), Candida albicans (M5)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko Krowie F2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mucor Racemosus M4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Musztarda F89	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek chomika E84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek królika E82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek owcy E81	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek świnki morskiej E6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Odchody gołębia E7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ogórek F244	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Olcha T2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech laskowy F17	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech włoski F256	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech ziemny F13	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Owies F7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel alergenów oddechowych	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel mieszany	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel pokarmowy	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Penicilium Notatum M1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pieprz czarny F280	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze (pióra gęsi) E70	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pietruszka F86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kaczki E86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kanarka E201	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra papużki falistej E78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomarańcza F33	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomidor F25	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pszenica F4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pyłki żyta G12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Pteronys. D1	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Farinae D2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ryż F9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Seler F85	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ser cheddar F81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść konia E3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść kota E1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść psa E2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Soja F14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Topola T14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Truskawka F44	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tuńczyk F40	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tymotka Łgkowa G6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tyrophagus Putrescentiae	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wieprzowina F26	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wierzba T12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wołowina F27	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ziemniak F35	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żółtko jaja F75	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żyto F5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (panel)	inne	130,00 zł
Inne badania		
gazometria podstawowa (pH, pCO ₂ , pO ₂)		20,00 zł
Badania radiologiczne (RTG)		
densytometria	kości udowej	55,00 zł
densytometria	kręgosłup lędźwiowy	55,00 zł
densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	55,00 zł

Nazwa usługi	<i>Opis szczegółowy</i>	SU Świadczeń medycznych (w zł)
mammografia	celowane	75,00 zł
mammografia	ogólne	75,00 zł
RTG celowane siodełka tureckiego		40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kości skroniowej	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Rhesego	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Schullera (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Stenversa (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	w dwóch projekcjach	40,00 zł
RTG czaszki	w jednej projekcji	40,00 zł
RTG czaszki	w trzech projekcjach	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	RTG tomogram	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja bok	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę osiowe	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę styczne	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę w 3 ustawieniach	40,00 zł
RTG kolan	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kolan	projekcja bok	40,00 zł
RTG kończyny dolnej		40,00 zł
RTG kończyny górnej		40,00 zł
RTG kości krzyżowej		40,00 zł
RTG kości nosowej		40,00 zł

Nazwa usługi	<i>Opis szczegółowy</i>	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kości ogonowej	AP + bok	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok wraz z kością guziczną	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok/AP – jedna projekcja	40,00 zł
RTG kości piętowej	(puste)	40,00 zł
RTG kości podudzia	porównawcze obu kończyn	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja AP obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja osiowa obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	ze stawem barkowym osiowe	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok + skośna (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgu szczytowego i obrotowego	(puste)	40,00 zł
RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe	40,00 zł
RTG łopatki	projekcja AP	40,00 zł
RTG łopatki	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG łuków jarzmowych		40,00 zł
RTG miednicy		40,00 zł
RTG miednicy małej		40,00 zł
RTG mostka	projekcja AP	40,00 zł
RTG mostka	projekcja bok	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG nadgarstka	celowane na kość łódeczkowatą	40,00 zł
RTG nadgarstka	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja bok	40,00 zł
RTG nosa		40,00 zł
RTG nosogardła (trzeci migdał)		40,00 zł
RTG obojczyka		40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP	40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG palca	projekcja bok	40,00 zł
RTG podstawy czaszki		40,00 zł
RTG podżebrza		40,00 zł
RTG potylicy		40,00 zł
RTG przedramienia	porównawcze projekcja AP + bok obu kości	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	inne	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na leżąco	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na stojąco	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż przełyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG skrzydełkowe zęba		40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG stawów biodrowych	dzieci	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja AP – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja osiowa – dorośli	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP + skośna	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja skośna	40,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja bok	40,00 zł
RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu mostkowo-obończykowego		40,00 zł
RTG stóp	celowane na kości śródstopia	40,00 zł
RTG stóp	celowane na palce	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę osiowe	40,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG stóp	projekcja bok	40,00 zł
RTG ścięgna Achillesa		40,00 zł
RTG ślinianki		40,00 zł
RTG śródpiersia		40,00 zł
RTG twarzoczaszki		40,00 zł
RTG uszu		40,00 zł
RTG zatok		40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG zgryzowe		40,00 zł
RTG żeber	projekcja AP	40,00 zł
RTG żeber	projekcja bok	40,00 zł
RTG żeber	projekcja skośna	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja AP	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja skośna	40,00 zł
urografia		120,00 zł
Badania czynnościowe		
Narząd słuchu		
audiometria impedancyjna		30,00 zł
audiometria tonalna		30,00 zł
Układ krążenia		
EKG spoczynkowe bez opisu		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		80,00 zł
echokardiografia (ECHO)		80,00 zł
EKG wysiłkowe		80,00 zł
Holter EKG „event”		80,00 zł
Układ oddechowy		
spirometria	standardowa bez leku	30,00 zł
spirometria	z podaniem leku rozkurczowego	30,00 zł
Narząd wzroku		
badanie GDX		30,00 zł
Układ moczowy		
uroflowmetria		40,00 zł
Układ nerwowy		
EEG – elektroencefalografia	w czuwaniu	60,00 zł
EMG – elektromiografia	zespół cieśni nadgarstka	120,00 zł
EMG – elektromiografia	badanie ilościowe mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	choroba neuronu ruchowego	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nerw twarzowy	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nieurazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	ocena czynności spoczynkowej mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	polineuropatia / miopatia	120,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
EMG – elektromiografia	pourazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba ischemiczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba miasteniczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	uszkodzenie splotu	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw czuciowy	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (krótkie odcinki)	80,00 zł
ENG – elektronystagmografia		80,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
USG		
USG dołów podkolanowych		60,00 zł
USG gałek ocznych i oczodołów		60,00 zł
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		60,00 zł
USG jądra i najądrza		60,00 zł
USG krtani		60,00 zł
USG mięśni		60,00 zł
USG nadgarstka		60,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		60,00 zł
USG oka		110,00 zł
USG palca		60,00 zł
USG pęcherz moczowy		60,00 zł
USG piersi		60,00 zł
USG prostaty (transrektalne)		60,00 zł
USG prostaty przez powłoki brzuszne		60,00 zł
USG ręki		60,00 zł
USG staw barkowy		60,00 zł
USG staw biodrowy		60,00 zł
USG staw kolanowy		60,00 zł
USG stawu łokciowego		60,00 zł
USG stawu skokowego		60,00 zł
USG stopy		60,00 zł
USG ścięgna Achillesa		60,00 zł
USG ślinianek		60,00 zł
USG tarczycy		60,00 zł
USG tętnic wewnątrzczaszkowych		60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG tkanek miękkich		60,00 zł
USG tkanki podskórnej		60,00 zł
USG transwaginalne (USG TV)		60,00 zł
USG węzłów chłonnych		60,00 zł
USG więzadeł		60,00 zł
USG Dopplerowskie		
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. dolnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. dolnych	naczynia żyłne	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. górnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. górnych	naczynia żyłne	80,00 zł
USG – Doppler naczyń szyi		80,00 zł
USG – Doppler naczyń układu wrotnego		80,00 zł
USG – Doppler pnia trzewnego		80,00 zł
USG – Doppler tętnice nerkowe		80,00 zł
USG – Doppler żyły głównej dolnej i biodrowych		80,00 zł
Biopsje cienkoigłowe pod kontrolą USG		
prostaty z badaniem hist – pat		110,00 zł
węzłów chłonnych z badaniem hist – pat		110,00 zł
zmiany chorobowej z badaniem hist – pat		110,00 zł
piersi z badaniem hist – pat		110,00 zł
tarczycy z badaniem hist-pat		100,00 zł
Badania endoskopowe		
anoskopia		70,00 zł
anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		90,00 zł
bronchoskopia		350,00 zł
bronchoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		380,00 zł
bronchoskopia z udrażnianiem światła oskrzeli (usuniecie cała obcego)		380,00 zł
gastroskopia		110,00 zł
gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat i testem H. pylori		140,00 zł
gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat.		130,00 zł
gastroskopia z testem H. pylori		120,00 zł
kolonoskopia bez znieczulenia		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
kolonoskopia bez znieczulenia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	280,00 zł
kolonoskopia ze znieczuleniem		350,00 zł
kolonoskopia ze znieczuleniem z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	380,00 zł
kolposkopia		80,00 zł
kolposkopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		100,00 zł
rektoskopia		80,00 zł
rektoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		100,00 zł
sigmoidoskopia		110,00 zł
sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	130,00 zł
znieczulenie ogólne do badania endoskopowego		200,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)		
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK jama brzuszna bez kontrastu		190,00 zł
TK jama brzuszna z kontrastem		250,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		190,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		250,00 zł
TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. Wieńcowych)		180,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		230,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem		250,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia	180,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	uda	180,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia	230,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK kończyny dolne z kontrastem	uda	230,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	nadgarstka	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	przedramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ręki	180,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	przedramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ręki	230,00 zł
TK krtani bez kontrastu		180,00 zł
TK krtani z kontrastem		230,00 zł
TK miednicy mniejszej bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		250,00 zł
TK nerek i nadnerczy bez kontrastu		190,00 zł
TK nerek i nadnerczy z kontrastem		250,00 zł
TK oczodołów bez kontrastu		230,00 zł
TK oczodołów z kontrastem		230,00 zł
TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		180,00 zł
TK piramid kości skroniowych z kontrastem		250,00 zł
TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		180,00 zł
TK przysadki mózgowej bez kontrastu		250,00 zł
TK przysadki mózgowej z kontrastem		250,00 zł
TK stawów biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów biodrowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		230,00 zł
TK stawów skokowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów skokowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawu barkowego bez kontrastu		180,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK stawu barkowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu kolanowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu kolanowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu łokciowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu łokciowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		250,00 zł
TK stopy bez kontrastu		180,00 zł
TK stopy z kontrastem		250,00 zł
TK szyi bez kontrastu		180,00 zł
TK szyi z kontrastem		230,00 zł
TK zatoki bez kontrastu		180,00 zł
TK zatoki z kontrastem		250,00 zł
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		300,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		350,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		350,00 zł
RM angiografia tętnic nerkowych		400,00 zł
RM artrografia nadgarstka		400,00 zł
RM artrografia stawu barkowego		400,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		400,00 zł
RM artrografia stawu łokciowego		400,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		400,00 zł
RM cholangiografia		400,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM jama brzuszna z cholangiografią		400,00 zł
RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		350,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)		350,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	angiografia naczyń klatki piersiowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną przepływu krwi	400,00 zł
RM klatki piersiowej z kontrastem (bez RM Angio i badania serca)		400,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane stopa	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane udo	300,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	cała kończyna	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane stopa	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane udo	350,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię	300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ręką	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ręką	300,00 zł
RM mammografia		400,00 zł
RM miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		350,00 zł
RM oczodołów bez kontrastu		300,00 zł
RM oczodołów z kontrastem		350,00 zł
RM przysadki mózgowej z kontrastem		350,00 zł
RM stawów biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów kolanowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów kolanowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów skokowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów skokowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawu barkowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu barkowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu łokciowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu łokciowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		300,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		300,00 zł
RM struktur mózgowia + angiografia		350,00 zł
RM szyi bez kontrastu		300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM szyi z kontrastem		350,00 zł
RM śródpiersia bez kontrastu		300,00 zł
RM śródpiersia z kontrastem		350,00 zł
RM twarzoczaszka bez kontrastu		300,00 zł
RM twarzoczaszka z kontrastem		350,00 zł
RM urografia		400,00 zł
RM zatok bez kontrastu		300,00 zł
RM zatok z kontrastem		350,00 zł
Wizyty domowe		
24h lekarskie wizyty wyjazdowe		
lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 8. 00 do 20. 00	125,00 zł
lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 20. 00 do 8. 00	150,00 zł
lekarska wizyta domowa	sobota, niedziele, święta od 8. 00 do 20. 00	175,00 zł
lekarska wizyta domowa	sobota, niedziele, święta od 20. 00 do 8. 00	225,00 zł
24 h wyjazdowa opieka pielęgniarska		
pielęgniarska wizyta domowa	badanie moczu metodą paskową	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	dożylny wlew kroplowy	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja domięśniowa	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja dożylna	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja podskórna	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	pomiar ciśnienia tętniczego	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	założenie lub zmiana prostego opatrunku	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	zdejmowanie szwów	40,00 zł
Szczepienia ochronne		
Konsultacja kwalifikacyjna przed szczepieniem		30,00 zł
szczepienie przeciwko WZW typu B		100,00 zł

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny MTH17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5, Załącznik: Zakres Świadczeń medycznych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 2 ust.4, Art. 6, Art. 7, Załącznik: Zakres Świadczeń medycznych
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny

MTH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MTH17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MTH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego;
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach, pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący wyleczeniu lub ograniczeniu skutków Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy) u Ubezpieczonego. Za Pobyt w szpitalu uznajemy również pobyt przerwany nieobecnością Ubezpieczonego w Szpitalu o ile jest ona za zgodą lekarza (Przepustka) i jednorazowo nie trwa dłużej niż 72 godziny oraz pobyt na oddziale dziennym. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia do Szpitala, za ostatni dzień Pobytu w szpitalu – dzień wypisu. Do okresu Pobytu w szpitalu wliczane są również dni, w których nie są prowadzone zajęcia terapeutyczne na oddziałach dziennych oraz dni Przepustki.
- 3) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 4) **„Uprawniony”** – Małżonek, Partner lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 5) **„Zaburzenia lękowe (nerwica)”** – niepsychotyczne zaburzenia lękowe o podłożu psychicznym, upośledzające codzienne funkcjonowanie. Zaburzenia lękowe (nerwica) muszą być rozpoznane przez Lekarza psychiatrę i skutkować Pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 21 dni. .
- 6) **„Depresja”** – stan długotrwałego obniżenia nastroju z ubytkiem energii i zmniejszeniem aktywności fizycznej upośledzający codzienne funkcjonowanie. Depresja musi być rozpoznana przez Lekarza psychiatrę i skutkować Pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 21 dni.
- 7) **„Suma składek”** – suma Składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na niniejszą Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 8) **„Zaburzenie emocjonalne”** – zaburzenia nerwicowe, lękowe, agresja bądź stan depresyjny potwierdzone dokumentem medycznym wystawionym przez Lekarza pierwszego kontaktu lub Lekarza psychiatrę.
- 9) **„Limit Świadczeń medycznych”** – limit ilościowy wskazany w Zakresie Świadczeń medycznych dla każdego Świadczenia medycznego lub grupy Świadczeń medycznych;
- 10) **„Zakres Świadczeń medycznych”** – lista Świadczeń medycznych przysługujących Ubezpieczonemu oraz zasady ich realizacji określone w Załączniku do Warunków, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Warunkach;
- 11) **„Placówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) **„Świadczenie medyczne”** – porada lekarska, psychologiczna lub badanie laboratoryjne wymienione w Zakresie Świadczeń medycznych.
- 13) **„Centrum operacyjne”** – podmiot zewnętrzny, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - a) zdrowie Ubezpieczonego (wariant podstawowy),
 - b) zdrowie Ubezpieczonego i Uprawnionych (wariant rodzinny).
2. O wyborze wariantu decyduje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Depresję lub Zaburzenia lękowe (nerwicę) Ubezpieczonego w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową oraz
 - b) wystąpienie u Ubezpieczonego lub Uprawnionego Zaburzeń emocjonalnych w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Ubezpieczony oraz Uprawnieni są objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, iż Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden, jeżeli jest to niezbędne dla ustalenia prawa do świadczenia, Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
2. W przypadku chęci realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony bądź Uprawniony ma obowiązek przekazać Centrum operacyjnemu dane konieczne do weryfikacji uprawnień Ubezpieczonego bądź Uprawnionego oraz organizacji dla nich Świadczeń medycznych.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) i w jakiej wysokości?

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie mu wypłacone Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, a w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.2 w wysokości Sumy składek należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na niniejszą Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy) jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w 21. dniu Pobytu w szpitalu.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tego zdarzenia w stosunku do Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Depresja i Zaburzenia lękowe (nerwica) były powodem jednego Pobytu w szpitalu,

Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie za każde z tych zdarzeń.

5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - d) innego dokumentu potwierdzającego wystąpienie Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy),
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o wystąpieniu Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy). Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania Świadczeń medycznych z tytułu Zaburzeń emocjonalnych w jakiej formie i wysokości?

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego lub Uprawnionego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zaburzeń emocjonalnych będzie im przysługiwać organizacja oraz pokrycie przez Nationale-Nederlanden kosztów Świadczeń medycznych zgodnie z Zakresem Świadczeń medycznych i na określonych w nim zasadach.
2. Świadczenia medyczne są realizowane na rzecz osoby, u której wystąpiły Zaburzenia emocjonalne do wysokości Limitu Świadczeń medycznych, w zależności od wybranego wariantu.
3. Zgłoszenie do Centrum operacyjnego wystąpienia Zaburzeń emocjonalnych w celu realizacji Świadczeń medycznych powinno być wykonane telefonicznie. Aktualny numer telefonu znajduje się na stronie internetowej Nationale-Nederlanden.
4. Świadczenie medyczne zostanie zrealizowane w terminie nie dłuższym niż wskazany w Zakresie świadczeń medycznych albo późniejszym, o ile termin późniejszy jest wskazany przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego.
5. Lista Świadczeń medycznych oraz terminów ich realizacji została określona w Załączniku do Warunków.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego w terminie Składki, Nationale-Nederlanden wzywa

- Ubezpieczającego do jej zapłaty wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin. Jeśli składka nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego we wskazanym terminie, Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Depresja, Zaburzenia lękowe (nerwica) lub Zaburzenia emocjonalne nastąpią w okolicznościach wymienionych w ust.1 lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
 3. Jeśli Depresja lub Zaburzenia lękowych (nerwica) wystąpią przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a Depresja lub Zaburzenia lękowe (nerwica) zajdą przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie składek.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Depresja lub Zaburzenia lękowe (nerwica) były leczone lub zostały zdiagnozowane w okresie 24 miesięcy przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy przed dniem objęcia ochroną rozpoczął proces diagnostyczny związany z Depresją lub Zaburzeniami lękowymi (nerwicą).
 5. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4 nie stosuje się jeżeli Depresja lub Zaburzenia lękowe (nerwica) nastąpią po upływie 24 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 6. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4-5 ma zastosowanie także do Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy) jeśli ich leczenie nie wymagało Pobytu w szpitalu.
 7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Depresję, Zaburzenia lękowe (nerwicę) lub Zaburzenia emocjonalne spowodowane:
 - a) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - b) chorobami będącymi skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia;
 - c) stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, jeżeli Nationale-Nederlanden o nie wyraźnie pytało

i mogłyby one wpłynąć na decyzję o przyjęciu do Umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej Umowy ubezpieczenia.

8. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zaburzenia emocjonalne spowodowane:
 - a) zaistnieniem katastrof naturalnych, w związku z którymi na danym obszarze został ogłoszony stan klęski żywiołowej,
 - b) leczeniem eksperymentalnym, któremu poddał się Ubezpieczony lub Uprawniony i które nie zostało potwierdzone badaniami,
 - c) nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego zaleceń lekarza prowadzącego leczenie.
9. Nationale-Nederlanden nie zrealizuje Świadczenia medycznego ani nie zwróci jego kosztów jeśli będzie wykonane na zlecenie Ubezpieczonego lub Uprawnionego bez uzgodnienia z Centrum operacyjnym.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia niniejszej Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik: Zakres Świadczeń medycznych

Do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny MTH17

1. Limity Świadczeń medycznych

Zdarzenie: zdiagnozowanie Zaburzeń emocjonalnych	Wariant podstawowy	Wariant rodzinny
Świadczenie medyczne:	Limit Świadczeń medycznych na 1 zdarzenie ¹	
Konsultacja psychologa (telekonsultacja/wizyta)	10	20
Konsultacja psychiatry ² (telekonsultacja/wizyta)	5	5
Pakiet badań laboratoryjnych (pojedynczy pakiet może obejmować wiele badań. Badania musi zlecić Lekarz realizujący Świadczenie medyczne w ramach Umowy dodatkowej)	5	20
Konsultacja z lekarzem specjalistą ² (na zlecenie Lekarza psychiatry realizującego Świadczenie medyczne w ramach Umowy dodatkowej).	5	20
<ul style="list-style-type: none">• Alergolog• Chirurg• Dermatolog• Diabetolog• Dietetyk• Endokrynolog• Gastrolog• Ginekolog• Hematolog• Hepatolog• Kardiolog• Kardiochirurg• Laryngolog• Lekarza rehabilitacji• Nefrolog• Neurochirurg• Neurolog• Okulista• Onkolog• Ortopeda• Otolaryngolog• Pulmonolog• Reumatolog• Urolog		

¹ Limit Świadczeń medycznych określony dla wariantu podstawowego dotyczy Ubezpieczonego. Limit Świadczeń medycznych określony dla wariantu rodzinnego jest limitem łącznym dotyczącym Ubezpieczonego i Uprawionych.

² Zakres obejmuje również specjalizacje dziecięce.

2. Terminy realizacji świadczeń medycznych

Świadczenie medyczne	Termin realizacji świadczenia od daty zgłoszenia do Centrum operacyjnego
Konsultacja psychologa	do 10 dni roboczych ¹
Konsultacja lekarza psychiatry	do 10 dni roboczych ¹
Konsultacja lekarza specjalisty za wyjątkiem neurochirurga, hematologa, hepatologa, pulmonologa	do 10 dni roboczych ¹
Konsultacja lekarza neurochirurga, hematologa, hepatologa, pulmonologa	do 12 dni roboczych ¹
Telekonsultacja psychologa, psychiatry, lekarza specjalisty	do 5 dni roboczych ¹
Badania laboratoryjne (pobranie materiału)	do 3 dni roboczych

¹ termin realizacji pierwszego świadczenia medycznego u danego, imiennie oznaczonego lekarza specjalisty. Termin kolejnej konsultacji/telekonsultacji u tego samego lekarza specjalisty do 20 dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum operacyjnego.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy ubezpieczonego DIA17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy DIA17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DIA17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DIA17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **Cukrzyca typu 1** – choroba o etiologii autoimmunologicznej, prowadząca do bezwzględnego niedoboru insuliny, powodująca konieczność stałego jej stosowania.
- 2) **Cukrzyca typu 2** – choroba metaboliczna, wymagająca leczenia, charakteryzująca się wysokim stężeniem glukozy we krwi oraz opornością na insulinę lub jej względnym niedoborem i wymagająca leczenia.
- 3) **Diagnoza cukrzycy** – rozpoznanie przez Lekarza w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Rozpoznanie danego rodzaju cukrzycy musi być wskazane w sposób jednoznaczny przez Lekarza w dokumentacji medycznej. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne postacie cukrzycy, w tym także postacie związane z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki, nawet wtedy, gdy wymagają stałego leczenia insuliną.
- 4) **Powikłania cukrzycy** – wystąpienie Niewydolności nerek, Utraty wzroku lub Zespołu stopy cukrzycowej.
- 5) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek będące skutkiem Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2 wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- 6) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę, będąca skutkiem Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- 7) **Zespół stopy cukrzycowej** – zakażenie, owrzodzenie lub martwica tkanek głębokich stopy w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi lub chorobami naczyń obwodowych będące skutkiem Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Ubezpieczenie obejmuje martwicę przodostopia (palców) albo całej stopy ze wskazaniami do amputacji (4 i 5 stopień według klasyfikacji Wagnera).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony obejmuje Diagnozę cukrzycy lub Powikłania cukrzycy, których diagnostyka, rozpoznanie i leczenie nastąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
4. Za dzień zajścia zdarzenia Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy przyjmuje się dzień ostatecznego rozpoznania choroby przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającego zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w Art. 1.

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy są zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie zostanie obliczone według Sumy

ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia
Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy i jest odpowiednim procentem Sumy ubezpieczenia – zgodnie z poniższą tabelą:

	% Sumy ubezpieczenia
Diagnoza cukrzycy	100
Powikłania cukrzycy:	
Niewydolność nerek	100
Utrata wzroku	100
Zespół stopy cukrzycowej – za każdą stopę	50

3. W przypadku Diagnozy cukrzycy oraz wystąpienia Powikłania cukrzycy Nationale-Nederlanden wypłaci łączne świadczenia w maksymalnej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Powikłań cukrzycy Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenia łącznie w maksymalnej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej Diagnozę cukrzycy lub Powikłania cukrzycy:
 - dokumentacji potwierdzającej datę wystąpienia Powikłania cukrzycy lub datę Diagnozy cukrzycy,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja.
2. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
4. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy zajdą w okresie Karencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie opłaconych Składek podstawowych z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej .

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń, o których mowa w Art. 4 ust.3 i art. 7 ust.4.
2. W przypadku określonym w ust.1 lit. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie OWU/TRM17/1/2019.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 51/2020 z dnia 20 sierpnia 2020 r., wchodzą w życie z dniem jej podpisania.



Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CIB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 2) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 3) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 4) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie

pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące Poważne zachorowania lub zabiegi:

- a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta Jakoba, zakażenie wirusem HIV/AIDS, choroba Alzheimerera lub demencja, stan wegetatywny/zespół apaliczny, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie mózgu, zaawansowana niewydolność oddechowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofia mięśniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, toczень trzewny układu, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatość Wegenera, ciężka sepsa, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna, postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
- b) **Grupa II** – zawał serca, operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty, kardiomiopatia,
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu, operacja mózgu,
- d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia, paraliż, utrata kończyn, ciężki uraz mózgu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantcie podstawowym (CIB17_A) albo w wariantcie rozszerzonym (CIB17_B) albo w wariantcie pełnym (CIB17_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego

z następujących Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

a) **„Nowotwór (guz) złośliwy”** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.

c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

d) **„Udar mózgu”** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk podudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

f) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

i) **„Utrata słuchu”** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana

zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
4. Zakres ubezpieczenia w wariantach rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:
- a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwsza w życiu operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.
- c) **„Stwardnienie rozsiane”** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.
- d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

- f) **„Schyłkowa niewydolność wątroby”** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- g) **„Angioplastyka tętnic wieńcowych”** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przeszłokrojnej angioplastyki tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficznie potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.
- h) **„Śpiączka”** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających.
- i) **„Choroba Parkinsona”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.

j) „**Choroba Creutzfeldta-Jakoba**” – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).

k) „**Zakażenie wirusem HIV**” – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:

- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
- Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Nationale-Nederlanden w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
- Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

l) „**Ciężka sepsa**” – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym

się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
- częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Szpitala prowadzącego leczenie.

5. Zakres ubezpieczenia w wariancie pełnym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

- a) „**Choroba Alzheimera lub demencja**” – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
- b) „**Operacja mózgu**” – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.
- c) „**Kardiomiopatia**” – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV)

klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.

- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:

- schyłkowa niewydolność nerek,
- schyłkowa niewydolność oddechowa,
- utrata wzroku,
- utrata słuchu.

- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczka,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.

- g) **„Wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna”** – wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:

- usunięcie całego jelita grubego (okreźnicy),
- częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.
- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowa”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) nie wyższe niż 55 mmHg,
 - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwałe ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- k) **„Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.
- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,

- typowy obraz elektromiograficzny,
 - rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- stawy międzypaliczkowe
 - rąk stawy nagarstkowe
 - stawy łokciowe
 - stawy kręgosłupa szyjnego
 - stawy kolanowe
 - stawy stóp
- Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea),
 - zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
 - eozynofilowego zapalenia powięzi,
 - zespołu CREST.
- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.
- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimerera lub demencji, stanu wegetatywnego/ zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej sklerodermii), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust.3 pkt. j) 12-miesięcznego okresu,

- e) w przypadku wrzodziejącego zapalenie jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.
7. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących Poważnych zachorowań:
 - a) Nowotwór złośliwy,
 - b) Łagodny nowotwór mózgu,
 - c) Operacja aorty,
 - d) Operacja zastawek serca,
 - e) Operacja mózgu,
 - f) Kardiomiopatia,
 - g) Przewlekłe zapalenie trzustki,
 - h) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - i) Choroba Leśniowskiego – Crohna.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi, o których mowa w Art. 2 ust.3-5.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna.
4. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt.
 - a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.

5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.3-5, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.4 oraz ust.7.
2. Z zastrzeżeniem ust.3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Art. 2 ust.3 pkt. j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem Poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust.5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie oraz Grupa I.

6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
 7. Nationale-Nederlanden może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.5.
 8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie.
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) usiłowania popełnienia samobójstwa.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania:
 - karty wypisu ze szpitala;
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust.4a) oraz Art. 5 ust.7.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CIB17_D.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB17_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Poważne zachorowanie na choroby zakaźne”** – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 2) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących Poważnych zachorowań na choroby zakaźne w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **„Wścieklizna”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
 - zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
 - niedowład lub porażenie,
 - skurcze mięśni przełyku,

- wodowstręt,
- majaczenie,
- drgawki,
- niepokój.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
 - wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- b) **„Tężec”** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
 - bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze.

Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek *Clostridium tetani* z miejsca zakażenia lub wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.

- c) **„Żółta gorączka”** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczk lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
 - wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.
- d) **„Cholera”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.
- e) **„Gorączka denga”** – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
- bóle głowy,
 - ból pozagałkowy,
 - bóle mięśni,
 - bóle stawów,
 - wysypka,
 - objawy krwotoczne,
 - leukopenia.
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.
- f) **„Dur brzuszny”** – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego *Salmonella typhi*. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
- bóle głowy,
 - względna bradykardia,
 - kaszel,
 - biegunka, zaparcie, ból brzucha.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
- g) **„Malaria”** – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
 - wykryto kwas nukleinowy *Plasmodium* spp. w krwi lub
 - wykryto antygen *Plasmodium* spp.
- h) **„Schistosomatoza”** – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
- i) **„Zgorzel gazowa”** – zakażenie przyranne wywołane beztlenową laseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.
- j) **„Neuroborelioza”** – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgoworzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia* spp. z materiału klinicznego,
 - znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania, o których mowa w Art. 2 ust.2.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania, o których mowa w Art. 2 ust.2.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na choroby zakaźne jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.3.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. Nationale-Nederlanden może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania na choroby zakaźne w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania na choroby zakaźne.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne, które zostało rozpoznane w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania na Choroby zakaźne, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie na Choroby zakaźne nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

- c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust.3.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu HDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia

specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.

- 6) **„Dzień pobytu w szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 8) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia,
 jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń,

w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.

- b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,

- b) 1 dzień – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu.
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
 5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
 6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
 7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu.
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Chorobą będącą skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - i) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - j) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - l) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym

poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. ust.4.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3, Art. 7, Art. 8, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HDBH17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HDBH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej zamkniętej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w Szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„Dzień pobytu w Szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Dzień pobytu w Szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania Chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 8) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Pobytu w Szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden

udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 13) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. d);
- 14) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych, przysługujących Ubezpieczonemu wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków realizowanych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. d);
- 15) **„Konsultant medyczny”** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego, samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 16) **„Placówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja za pośrednictwem której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie usług za pośrednictwem e-rejestracji.
- 18) **„Program zdrowotny”** – zakres Usług medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
- 19) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze Warunki Usługi medyczne zostały wymienione w Katalogu świadczeń medycznych;
- 20) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. d) polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej Usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne) zgodnie z Katalogiem świadczeń medycznych;
- 21) **„Centrum Świadczeń medycznych”** – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy

ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.

- 22) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych. Zmiana numeru Infolinii nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia;

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia oraz
 - d) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwający co najmniej 10 dni, liczonych od momentu przyjęcia do Szpitala,jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:
 - a) Dzienne świadczenie szpitalne – w przypadku zdarzeń opisanych w ust.2 lit. a)-c),
 - b) Świadczenia medyczne – w przypadku zdarzenia opisanego w ust.2 lit. d).
4. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne w odniesieniu do zdarzeń wskazanych w ust.2 lit a)-c), gdy przed zakończeniem Pobytu w Szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasa.
5. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
6. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę, z zastrzeżeniem iż Usługi medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.

2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Ubezpiezonego w Szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpiezonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jak jest Dienne świadczenie szpitalne

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

2. Wysokość Dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość Dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość Dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania Dziennego świadczenia szpitalnego i w jakiej wysokości

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia opisanego w Art. 2 ust.2 lit a-c).
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpiezonego w Szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpiezonego w Szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpiezonego w Szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w Szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpiezonego do Szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpiezonego ze Szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w Szpitalu, łącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - b) 1 dzień – jeżeli Pobyt w Szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w Szpitalu w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w Szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w Szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w Szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w Szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w Szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w Szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w Szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w Szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu

- Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w Szpitalu.
 8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Pobyt w Szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit a-c). Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego.
 3. 2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer telefonu w celu:
 - a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
 - b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
 - c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas; lub
 - d) Przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 3. 3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust.1. 2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 3. 4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
 3. 5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia wymienione w Katalogu świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr. 1 do niniejszej umowy, w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
4. Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych
 4. 1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - c) w formie bezgotówkowej realizacji Usług medycznych, za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - d) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego;
 4. 2. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
 4. 3. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi.
 4. 4. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację

Art. 6 Jak uzyskać Świadczenia medyczne w ramach Programu zdrowotnego?

1. W przypadku Pobytu w Szpitalu trwającego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej co najmniej 10 dni Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, po zakończeniu Pobytu w Szpitalu i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu:
 3. 1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
 - b) kopię karty wypisowej ze Szpitala – kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, przez okres co najmniej 10 dni, lub

w formie świadczenia pieniężnego, może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego.

5. Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

5. 1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przestać do Centrum Świadczeń medycznych:

- a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem Usługi medycznej,
- b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub;
- c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego.

5. 2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu sms.

5. 3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.

5. 4. W przypadku, o którym mowa w ust.5. 3 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.

5. 5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przelane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

5. 6. Decyzja o odmowie realizacji Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego lub zmniejszeniu wysokości

świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ust.5. 5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia

6. Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej.

6. 1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Usług medycznych Ubezpieczony powinien:

- f) skontaktować się z Infolinią medyczną;
- g) uzgodnić termin wykonania Usługi medycznej i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
- h) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
- i) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
- j) przestrzegać terminów wykonania Usługi medycznej i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.

6. 2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:

- f) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
- g) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
- h) rodzaj koniecznej pomocy;
- i) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania lekarza;
- j) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.

6. 3. Organizacja Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

**Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności
Nationale-Nederlanden**

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były następstwem:

- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub

- radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - i) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - j) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - l) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - m) skutkiem uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w Szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 4.
 5. Nationale-Nederlanden nie zrealizuje Świadczenia medycznego w formie pieniężnej i bezgotówkowej za Usługi medyczne, wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

Do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17

Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie LIMIT 5 USŁUG Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO		
Alergolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Angiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł
Chirurg onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Dermatolog – Wenerolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Endokrynolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Gastroenterolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Ginekolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Ginekolog – Endokrynolog konsultacja lekarska		120,00 zł
Hematolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Hepatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Immunolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Lekarz chorób zakaźnych konsultacja lekarska		85,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł
Nefrolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł
Onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł
Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Proktolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Urolog – Androlog konsultacja lekarska		80,00 zł
Badania laboratoryjne LIMIT 50 USŁUG Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO		
albumina		6,00 zł
alfa – 1 – antytyrypsyna		45,00 zł
aminokwasy		30,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		6,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł
amylaza		6,00 zł
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
apolipoproteina	apo A1	50,00 zł
apolipoproteina	apo B	50,00 zł
białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
białko całkowite		6,00 zł
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
bilirubina bezpośrednia		6,00 zł
bilirubina całkowita		6,00 zł
bilirubina pośrednia		6,00 zł
ceruloplazmina		25,00 zł
chlorki		6,00 zł
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
cholinesteraza	krwinkowa	30,00 zł
cholinesteraza	wątrobowa	30,00 zł
cyjanokobalamina (witamina B12)		20,00 zł
cynek (Zn)		20,00 zł
cystyna/homocystyna		35,00 zł
czynnik reumatoidalny (RF)		10,00 zł
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		10,00 zł
digoksyna		14,00 zł
ferrytyna		20,00 zł
fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
fosfor		6,00 zł
fosforan nieorganiczny		6,00 zł
fosfotaza alkaliczna (ALP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP)		10,00 zł
GGTP- gamma glutamylotransferaza		10,00 zł
glukoza	20 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	60 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 1 godzinie	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 2 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 4 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 5 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	na czczo	20,00 zł
homocysteina		35,00 zł
jonogram (Na, K)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
klirens endogennej kreatyniny		10,00 zł
kreatynina		6,00 zł
kwask foliowy		20,00 zł
kwask homowanilinowy (HVA)		35,00 zł
kwask moczowy		6,00 zł
kwask walproinowy		28,00 zł
kwasky żółciowe		50,00 zł
lipaza		12,00 zł
lipidogram		24,00 zł
magnez		6,00 zł
methemoglobina		30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
mioglobina		28,00 zł
mocznik, azot mocznikowy (pozabiałkowy), BUN		6,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		10,00 zł
ołów (Pb)		55,00 zł
peptyd natriuretyczny (BNP)		35,00 zł
peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		35,00 zł
potas (K)		6,00 zł
próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		32,00 zł
seromukoid		12,00 zł
sód (Na)		6,00 zł
transferyna		10,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)		6,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
tyreoglobulina		30,00 zł
tyrozyna		35,00 zł
USR (VDRL)		10,00 zł
wapń całkowity		6,00 zł
witamina D – metabolit 1,25(OH)		70,00 zł
witamina D – metabolit 25(OH)		70,00 zł
żelazo		6,00 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		10,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	120 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	180 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	300 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	60 min po obciążeniu	18,00 zł
Badania hematologiczne		
antytrrombina III (AT III)		45,00 zł
bezpośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (BTA)		20,00 zł
białko C		45,00 zł
białko S wolne		45,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas krwawienia		9,00 zł
czas krzepnięcia		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	II – protrombina,	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
czynniki układu krzepnięcia	IX – czynnik antyhemofilowy B	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	V – proakceleryna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VII – prokonwertyna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	X – czynnik Stuarta – Prowera,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XI – czynnik antyhemofilowy C	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XII – czynnik Hagemana,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	45,00 zł
D-dimery		35,00 zł
eozynofilia bezwzględna		6,00 zł
fibrynogen		10,00 zł
haptoglobulina		30,00 zł
hemoglobina wolna		6,00 zł
hemolizyny		20,00 zł
inhibitor składnika C1 dopełniacza		45,00 zł
inhibitory krzepnięcia		35,00 zł
komórki LE		17,00 zł
leukocyty		6,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
osmolarność krwi		25,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh		30,00 zł
plazminogen		10,00 zł
płytki krwi		6,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		20,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		35,00 zł
retikulocyty		6,00 zł
Badania moczu		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		30,00 zł
albuminy w moczu		6,00 zł
amylaza w moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
białko Bence'a-Jonesa w moczu		50,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
bilirubina w moczu		6,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł
ciężka ketonowa w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		3,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) -17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		40,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		6,00 zł
glukoza/cukier w moczu		3,00 zł
hemoglobina wolna w moczu		15,00 zł
immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		80,00 zł
kadm w moczu		80,00 zł
katecholaminy w moczu		30,00 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		20,00 zł
koproporfiryny w moczu		40,00 zł
kortyzol w moczu		30,00 zł
kreatynina w moczu		6,00 zł
kwas delta-aminolewulinowy w moczu		50,00 zł
kwas moczowy w moczu		6,00 zł
kwas wanilinomigdałowy w moczu		50,00 zł
liczba Addisa w moczu		10,00 zł
łańcuchy lekkie kappa w moczu		50,00 zł
łańcuchy lekkie lambda w moczu		50,00 zł
magnez w moczu		6,00 zł
metoksykatecholaminy w moczu		50,00 zł
miedź w moczu		45,00 zł
mikroalbuminuria		6,00 zł
mocznik w moczu		6,00 zł
noradrenalina/adrenalina w moczu		30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
ołów w dobowej zbiórce moczu		45,00 zł
osmolarność moczu		10,00 zł
potas w moczu		6,00 zł
rtęć (Hg) w moczu		50,00 zł
skład chemiczny kamienia nerkowego		50,00 zł
sód w moczu		6,00 zł
test ciężkowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
wapń całkowity w moczu		6,00 zł
Badania kału		
badanie ogólne kału		12,00 zł
badanie kału na obecność lamblii		20,00 zł
badanie kału w kierunku jaj pasożytów		20,00 zł
badanie kału w kierunku owsików		12,00 zł
badanie kału w kierunku rotawirusu/adenowirusy		28,00 zł
badanie kału – antygen Helicobacter pylori		28,00 zł
badanie kału – resztki pokarmowe		14,00 zł
badanie kału w kierunku Shigella i Salmonella		28,00 zł
krw utajona w kale		12,00 zł
Badania hormonalne		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		26,00 zł
adrenalina		35,00 zł
aktywność reninowa osocza (ARO)		35,00 zł
aldolaza		35,00 zł
aldosteron		35,00 zł
androstendion		35,00 zł
androsteron		35,00 zł
białko transportujące insulinopodobne czynniki wzrostu (IGFBP-3)		40,00 zł
dezoksykortyzol		26,00 zł
DHEA-S (dehydroepiandrosteronu siarczan)		30,00 zł
erytropoetyna		30,00 zł
esteraza acetyloholinowa		20,00 zł
estradiol (E2)		30,00 zł
estriol		30,00 zł
estriol wolny		30,00 zł
fenyloalanina (PKU)		35,00 zł
glikolizowane białko		40,00 zł
globulina wiążąca hormony płciowe (SHBG)		30,00 zł
glutamylotransferaza		40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG)		15,00 zł
hemoliza kwaśna		40,00 zł
hormon adrenokortykotropowy (ACTH)		26,00 zł
hormon anty-Mullerowski (AMH) – diagnostyka płodności		80,00 zł
hormon folikulotropowy (FSH)		26,00 zł
hormon luteinizujący (LH)		26,00 zł
hormon tyreotropowy (TSH)		26,00 zł
hormon wzrostu (GH)		26,00 zł
Inhibina B		80,00 zł
insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1)		40,00 zł
kalcytonina		22,00 zł
katecholaminy		26,00 zł
kortyzol	pobranie po południu	26,00 zł
kortyzol	pobranie rano	26,00 zł
łańcuchy lekkie kappa i lambda		55,00 zł
N-Acetyloglukozaminidaza		26,00 zł
osteokalcyna		30,00 zł
PAPP-A (badanie przesiewowe)		150,00 zł
parathormon intact (iPTH)		25,00 zł
progesteron		26,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	120 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	30 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	60 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	przed obciążeniem	30,00 zł
prolaktyna (PRL)		26,00 zł
receptory estrogenowe		35,00 zł
receptory progesteronowe		35,00 zł
renina		28,00 zł
serotonina		28,00 zł
testosteron całkowity		26,00 zł
testosteron wolny		26,00 zł
trijodotyronina całkowita (TT3)		18,00 zł
trijodotyronina wolna (FT3)		18,00 zł
tyroksyna całkowita (TT4)		18,00 zł
tyroksyna wolna (FT4)		18,00 zł
Markery nowotworowe		
alfa – fetoproteina (AFP)		30,00 zł
antygen CA 125 (CA 125)		32,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
antygen CA 15-3 (CA15-3)		32,00 zł
antygen CA 19-9 (CA 19-9)		32,00 zł
antygen karcynoembrionalny (CEA)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)		45,00 zł
badanie typu immunoassay w kierunku antygenu guza		32,00 zł
beta-2-mikroglobulina (b2-M)		30,00 zł
Badania mikrobiologiczne		
antybiogram		20,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	krew	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z jamy ustnej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z odbytu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z worka spojówkowego	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze skóry	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze sromu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	mocz	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	nasienie	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	plwocina	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	ropa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	włosy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	35,00 zł
cytologia złuszczeniowa z nosa		30,00 zł
posiew kału		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
posiew kału w kierunku pasożytów		28,00 zł
posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella		28,00 zł
posiew krwi	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew moczu		28,00 zł
posiew nasienia		30,00 zł
posiew plwociny	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew plwociny	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z oka		28,00 zł
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew tlenowy	28,00 zł
Badania serologiczne		
aglutynacja cząstek		20,00 zł
antygen Hbe		20,00 zł
antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs – HBsAg)		20,00 zł
antykoagulant toczniowy (LA)		55,00 zł
badanie w kierunku rotawirusów		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)		55,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wtroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting		55,00 zł
przeciwciała p. bakteryjne		28,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgG		55,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgM		55,00 zł
przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb. nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgG		40,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgM		40,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA		55,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)		28,00 zł
przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żółdka (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)		55,00 zł
przeciwciała p. DNA dwuniciowego / natywnemu – dsDNA (nDNA)		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. dsDNA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgA – EmA IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgG – EmA IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgG		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgM		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		55,00 zł
przeciwciała p. HAV	frakcja IgM	28,00 zł
przeciwciała p. HAV	poziom całkowity	28,00 zł
przeciwciała p. HBc (całkowite)		28,00 zł
przeciwciała p. Hbe (anty – Hbe)		28,00 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		28,00 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		28,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori		28,00 zł
przeciwciała p. heterofilne		28,00 zł
przeciwciała p. HIV1/HIV2		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe i p. cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kardiolipinie w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. komórkom okładzinowym żółdka – (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. korze nadnerczy		55,00 zł
przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2		55,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)		55,00 zł
przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej (aTPO, anty TPO)		28,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM		55,00 zł
przeciwciała p. receptorom acetylocholin (AChR – Ab)		55,00 zł
przeciwciała p. receptorom TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)		28,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Shigella		28,00 zł
przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		55,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		28,00 zł
przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		28,00 zł
przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		55,00 zł
przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. tyreoglobulinie		28,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnqtrzydzielniczym trzust. I kom. Kubkowatym jelit met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Yersinia		28,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID		55,00 zł
SLE – półilościowo		55,00 zł
Diagnostyka cukrzycy		
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB))		20,00 zł
insulina		22,00 zł
	na czczo	50,00 zł
	po 120 min	50,00 zł
	po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
insulina po obciążeniu		50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
peptyd C		25,00 zł
Badania immunologiczne		
Immunglobuliny (IgA)		22,00 zł
Immunglobuliny (IgG)		22,00 zł
Immunglobuliny (IgM)		22,00 zł
Immunglobuliny (IgE)	E całkowite	22,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Acarus Siro D70 (w kurzu)	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Alternaria Tenuis M6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Amoksycyklina C204	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Aspergillus Fumigatus M3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Babka lancetowata W9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Banan F92	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Białko jaja F1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Brzoza Brodawkowata T3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Bylica Pospolita W6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Candida Albicans M5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cebula F48	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chironimus Plumosus 173	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłoc pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cladosporium Herbarum M2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Czekolada F105	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Dorsz F3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drożdże browarnicze F403	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Fasola F15	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gilista ludzka P1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gluten (Gliadyna) F79	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłósówka wełnista (G13)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Groch F12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gruszka F94	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gryka F11	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Indyk F284	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jabłko F49	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Osy Vespuła sp. I3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Pszczoły I1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Szerszenia Europejskiego I5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jagnię (baranina) F88	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jajko całe F245	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jęczmień F6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kakao F93	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Karaluch – Prusak I6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kawa F221	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kazeina F78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kiwi F84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komar I71	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komosa Biała W10	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Koperek 277	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kostrzewa łąkowa G4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Krupówka Pospolita G3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kukurydza F8	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurczak F83	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurz – mieszanka (Bencard)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lateks K82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lepidoglyphus Destructor D71	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Leszczyna Pospolita T4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Marchew F31	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), maśl jadalny (F37), tuńczyk (F40)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1), Cladosporium herbarum (M2), Aspergillus fumigatus (M3), Candida albicans (M5)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko Krowie F2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mucor Racemosus M4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Musztarda F89	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek chomika E84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek królika E82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek owcy E81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek świnki morskiej E6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Odchody gołębia E7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ogórek F244	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Olcha T2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech laskowy F17	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech włoski F256	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech ziemny F13	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Owies F7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel alergenów oddechowych	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel mieszany	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel pokarmowy	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Penicilium Notatum M1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pieprz czarny F280	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze (pióra gęsi) E70	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pietruszka F86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kaczkę E86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kanarka E201	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra papużki falistej E78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomarańcza F33	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomidor F25	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pszenica F4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pyłki żyta G12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Pteronys. D1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Farinae D2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ryż F9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Seler F85	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ser cheddar F81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść konia E3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść kota E1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść psa E2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Soja F14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Topola T14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 żylica, G6 tymotka, G8 wiechlina)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Truskawka F44	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tuńczyk F40	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tymotka Łąkowa G6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tyrophagus Putrescentiae	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wieprzowina F26	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wierzba T12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wołowina F27	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ziemniak F35	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żółtko jaja F75	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żyto F5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (panel)	inne	130,00 zł
Inne badania		
gazometria podstawowa (pH, pCO ₂ , pO ₂)		20,00 zł
Badania radiologiczne (RTG) LIMIT 5 USŁUG NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
densytometria	kości udowej	55,00 zł
densytometria	kręgosłup lędźwiowy	55,00 zł
densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	55,00 zł
mammografia	celowane	75,00 zł
mammografia	ogólne	75,00 zł
RTG celowane siodełka tureckiego		40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kości skroniowej	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Rheseego	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Schullera (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Stenversa (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	w dwóch projekcjach	40,00 zł
RTG czaszki	w jednej projekcji	40,00 zł
RTG czaszki	w trzech projekcjach	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	RTG tomogram	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja bok	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kolan	celowane na rzepkę osiowe	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę styczne	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę w 3 ustawieniach	40,00 zł
RTG kolan	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kolan	projekcja bok	40,00 zł
RTG kończyny dolnej		40,00 zł
RTG kończyny górnej		40,00 zł
RTG kości krzyżowej		40,00 zł
RTG kości nosowej		40,00 zł
RTG kości ogonowej	AP + bok	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok wraz z kością guziczną	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok/AP – jedna projekcja	40,00 zł
RTG kości piętowej	(puste)	40,00 zł
RTG kości podudzia	porównawcze obu kończyn	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja AP obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja osiowa obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	ze stawem barkowym osiowe	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok + skośna (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgu szczytowego i obrotowego	(puste)	40,00 zł
RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe	40,00 zł
RTG łopatk	projekcja AP	40,00 zł
RTG łopatk	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG łuków jarzmowych		40,00 zł
RTG miednicy		40,00 zł
RTG miednicy małej		40,00 zł
RTG mostka	projekcja AP	40,00 zł
RTG mostka	projekcja bok	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG nadgarstka	celowane na kość łódeczkowatą	40,00 zł
RTG nadgarstka	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja bok	40,00 zł
RTG nosa		40,00 zł
RTG nosogardła (trzeci migdał)		40,00 zł
RTG obojczyka		40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP	40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG palca	projekcja bok	40,00 zł
RTG podstawy czaszki		40,00 zł
RTG podżebrza		40,00 zł
RTG potylicy		40,00 zł
RTG przedramienia	porównawcze projekcja AP + bok obu kości	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	inne	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na leżąco	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na stojąco	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż przełyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG skrzydełkowe zęba		40,00 zł
RTG stawów biodrowych	dzieci	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja AP – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja osiowa – dorośli	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP + skośna	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja skośna	40,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja bok	40,00 zł
RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu mostkowo-obończykowego		40,00 zł
RTG stóp	celowane na kości śródstopia	40,00 zł
RTG stóp	celowane na palce	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę osiowe	40,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG stóp	projekcja bok	40,00 zł
RTG ścięgna Achillesa		40,00 zł
RTG ślinianki		40,00 zł
RTG śródpiersia		40,00 zł
RTG twarzoczaszki		40,00 zł
RTG uszu		40,00 zł
RTG zatok		40,00 zł
RTG zgrzyzowe		40,00 zł
RTG żeber	projekcja AP	40,00 zł
RTG żeber	projekcja bok	40,00 zł
RTG żeber	projekcja skośna	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja AP	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja skośna	40,00 zł
urografia		120,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
LIMIT 2 USŁUG NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
USG		

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG dołów podkolanowych		60,00 zł
USG gałek ocznych i oczodołów		60,00 zł
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		60,00 zł
USG jądra i najądrza		60,00 zł
USG krtani		60,00 zł
USG mięśni		60,00 zł
USG nadgarstka		60,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		60,00 zł
USG oka		110,00 zł
USG palca		60,00 zł
USG pęcherz moczowy		60,00 zł
USG piersi		60,00 zł
USG prostaty (transrektalne)		60,00 zł
USG prostaty przez powłoki brzuszne		60,00 zł
USG ręki		60,00 zł
USG staw barkowy		60,00 zł
USG staw biodrowy		60,00 zł
USG staw kolanowy		60,00 zł
USG stawu łokciowego		60,00 zł
USG stawu skokowego		60,00 zł
USG stopy		60,00 zł
USG ścięgna Achillesa		60,00 zł
USG ślinianek		60,00 zł
USG tarczycy		60,00 zł
USG tętnic wewnętrznych		60,00 zł
USG tkanek miękkich		60,00 zł
USG tkanki podskórnej		60,00 zł
USG transwaginalne (USG TV)		60,00 zł
USG węzłów chłonnych		60,00 zł
USG więzadeł		60,00 zł
USG Dopplerowskie		
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. dolnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. dolnych	naczynia żylnych	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. górnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. górnych	naczynia żylnych	80,00 zł
USG – Doppler naczyń szyi		80,00 zł
USG – Doppler naczyń układu wrotnego		80,00 zł
USG – Doppler pnia trzewnego		80,00 zł
USG – Doppler tętnic nerkowe		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG – Doppler żyły głównej dolnej i biodrowych		80,00 zł
Biopsje cienkoigłowe pod kontrolą USG		
prostaty z badaniem hist – pat		110,00 zł
węzłów chłonnych z badaniem hist – pat		110,00 zł
zmiany chorobowej z badaniem hist – pat		110,00 zł
piersi zbadaniem hist – pat		110,00 zł
tarczycy z badaniem hist-pat		100,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)		
LIMIT 1 USŁUGI NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK jama brzuszna bez kontrastu		190,00 zł
TK jama brzuszna z kontrastem		250,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		190,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		250,00 zł
TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. Wieńcowych)		180,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		230,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem		250,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia	180,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	uda	180,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia	230,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	uda	230,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	nadgarstka	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	przedramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ręki	180,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	przedramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ręki	230,00 zł
TK krtani bez kontrastu		180,00 zł
TK krtani z kontrastem		230,00 zł
TK miednicy mniejszej bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		250,00 zł
TK nerek i nadnerczy bez kontrastu		190,00 zł
TK nerek i nadnerczy z kontrastem		250,00 zł
TK oczodołów bez kontrastu		230,00 zł
TK oczodołów z kontrastem		230,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		180,00 zł
TK piramid kości skroniowych z kontrastem		250,00 zł
TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		180,00 zł
TK przysadki mózgowej bez kontrastu		250,00 zł
TK przysadki mózgowej z kontrastem		250,00 zł
TK stawów biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów biodrowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		230,00 zł
TK stawów skokowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów skokowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawu barkowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu barkowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu kolanowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu kolanowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu łokciowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu łokciowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		250,00 zł
TK stopy bez kontrastu		180,00 zł
TK stopy z kontrastem		250,00 zł
TK szyi bez kontrastu		180,00 zł
TK szyi z kontrastem		230,00 zł
TK zatoki bez kontrastu		180,00 zł
TK zatoki z kontrastem		250,00 zł
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
LIMIT 1 USŁUGI NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		300,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		350,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		350,00 zł
RM angiografia tętnic nerkowych		400,00 zł
RM artrografia nadgarstka		400,00 zł
RM artrografia stawu barkowego		400,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		400,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM artrografia stawu łokciowego		400,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		400,00 zł
RM cholangiografia		400,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		300,00 zł
RM jama brzuszna z cholangiografią		400,00 zł
RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		350,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)		350,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	angiografia naczyń klatki piersiowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną przepływu krwi	400,00 zł
RM klatki piersiowej z kontrastem (bez RM Angio i badania serca)		400,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane stopa	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane udo	300,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	cała kończyna	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane stopa	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane udo	350,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ręka	300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM kończyny górne z kontrastem	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ręka	300,00 zł
RM mammografia		400,00 zł
RM miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		350,00 zł
RM oczodołów bez kontrastu		300,00 zł
RM oczodołów z kontrastem		350,00 zł
RM przysadki mózgowej z kontrastem		350,00 zł
RM stawów biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów kolanowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów kolanowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów skokowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów skokowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawu barkowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu barkowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu łokciowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu łokciowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		300,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		300,00 zł
RM struktur mózgowia + angiografia		350,00 zł
RM szyi bez kontrastu		300,00 zł
RM szyi z kontrastem		350,00 zł
RM śródpiersia bez kontrastu		300,00 zł
RM śródpiersia z kontrastem		350,00 zł
RM twarzoczaszka bez kontrastu		300,00 zł
RM twarzoczaszka z kontrastem		350,00 zł
RM urografia		400,00 zł
RM zatok bez kontrastu		300,00 zł
RM zatok z kontrastem		350,00 zł

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HSHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 5) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 9) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia

życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.

- 11) „**Dzień pobytu w szpitalu na OIOM**” – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 12) „**Zawał serca**” – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

- 13) „**Udar mózgu**” – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu,
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu,jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną

ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:

- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasa w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia

- aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - b) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.

6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.

2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadki AHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku AHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem AHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 6) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych

obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

- 10) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygaśa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem i trwał co najmniej 1 dzień,

pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,

4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:

- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzeń związanych z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego Dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ATHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ATHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 1) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 2) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 5) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 6) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 8) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,

- b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 9) „**Statek wodny**” – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
- 10) „**Statek powietrzny**” – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 11) „**Dzienne świadczenie szpitalne**” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową.
Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygaśa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Wypadku komunikacyjnego, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Wypadkiem komunikacyjnym,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym

terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - g) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - h) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WAHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WAHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 5) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 9) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,

- b) w czasie pozostawania w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy, c) w czasie trwania podróży służbowej.

W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.

- 10) „**Dzienne świadczenie szpitalne**” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku przy pracy.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygaśa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie

szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Wypadkiem przy pracy i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku przy pracy. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez Pracodawcę.
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - h) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_A+ (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_A+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MSR17_A+.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR17_A+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa.
Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby, urazu. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji wskazanych w Załączniku do Warunków.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta.
W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia

i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 6) **„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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą,
 - b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium całego Świata.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,

- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	Procent Sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu tych samych procedur oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie tylko za procedurę medyczną za którą należne jest najwyższe świadczenie. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
1. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym

terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

2. Jeżeli Operacja związana była z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku, Nationale -Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - i) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - k) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu:
 - a) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków i operacji wykonanych ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenia związanego niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - f) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - g) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Operacji, która jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.5 nie stosuje się jeżeli Operacja nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
8. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub

w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

9. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego – MSR17_2A+ (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3, Art. 6, Art. 7 OWU
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_2A+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MSR17_2A+.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR17_2A+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – Procedury medyczne przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa.
Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby, urazu. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych i wymienionych w Załączniku-Procedury medyczne.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia,

rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 6) **„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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą,

- b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium całego Świata.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu

przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,

- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.
7. W przypadku zawieszenia opłacanie składki przez okres powyżej 3 miesięcy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostanie przywrócona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę całkowitą. W okresie Karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem niniejszej umowy dodatkowej wyłącznie jeżeli zaszły one wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	Procent Sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

2. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu tych samych procedur medycznych oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku – Procedury medyczne Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie tylko za procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
3. W przypadku gdy u Ubezpieczonego zostanie przeprowadzona Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, która nie została wymieniona w Załączniku do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust.3 może być wypłacone tylko raz w ciągu jednego roku polisowego.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Jeżeli Operacja związana była z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, została spowodowana lub miała miejsce w następnym:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- e) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - i) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - k) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu:
 - a) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków i operacji wykonanych ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenia związanego niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - f) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - g) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek,
 - h) cesarskiego cięcia oraz nacięcie i szycie krocza przy porodzie,
 - i) Urazu/rany skóry lub tkanki podskórnej.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza

albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

5. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Operacji, która jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4 nie stosuje się jeżeli Operacja nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
8. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
9. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MSR17_A.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR17_A podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia skutków Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji wskazanych w Załączniku do Warunków.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi

dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Operacja rozpoczęła się przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium całego Świata.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	Procent Sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

- Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu tych samych procedur oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie tylko za procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Jeżeli Operacja związana była z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden

wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - działań wojennych lub stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było

powodem Operacji, nastąpiło po Dniu wymagalności Składki jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja została przeprowadzona po 60. dniu, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik – Procedury medyczne do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_A+, Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A oraz Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_2A+

Lista Procedur medycznych objętych zakresem ubezpieczenia:

Tkanka mózgowa (A01 – A09)			A33	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	Kategoria III
A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I	Opony mózgowe (A38 – A42)		
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I	A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	Kategoria I	A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II	A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A09	Neurostymulacja mózgu	Kategoria II	A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)			A42	Operacje krwiaka nad-i podoponowego	Kategoria II
A12	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	Kategoria III	Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 – A57)		
A13	Rewizja wentrykulostomii	Kategoria III	A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	Kategoria III	A56	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	Kategoria III
A22	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	Kategoria II	A57	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	Kategoria I
Nerwy czaszkowe (A24 – A33)			Nerwy obwodowe (A59 – A67)		
A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I	A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I	A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II	A61	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	Kategoria I	A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I	A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II	Inne części układu nerwowego (A75)		
			A75	Wycięcie nerwu współczulnego	Kategoria III

Przysadka i szyszynka (B01 – B06)

B01	Wycięcie przysadki	Kategoria I
B02	Zniszczenie przysadki	Kategoria II
B04	Wycięcie zmiany w obrębie przysadki	Kategoria II
B06	Operacje szyszynki	Kategoria I

Tarczycyca i przytarczycy (B08 – B14)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
B10	Operacje dotyczące przewodu tarczyczo-językowego	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 – B23)

B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
B22	Wycięcie nadnercza(y)	Kategoria III
B23	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	Kategoria III

Sutek (B27 – B35)

B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B28	Kwadrantektomia	Kategoria IV
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
B34	Operacje na przewodach mlekonosnych sutka	Kategoria IV
B35	Operacje brodawki sutkowej	Kategoria IV

Oczodoł (C01 – C06)

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C02	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

Powieka i gruczoł łzowy (C12 – C24)

C12	Wycięcie zmiany w obrębie powieki	Kategoria V
C14	Rekonstrukcja powieki	Kategoria IV
C15	Korekcja deformacji Powieki	Kategoria IV
C24	Operacja gruczołu łzowego	Kategoria IV

Mięśnie oka (C31 – C34)

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria III
C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV

C34	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	Kategoria IV
-----	--	--------------

Spojówka i rogówka (C39 – C49)

C39	Usunięcie zmiany spojówki	Kategoria V
C40	Operacja naprawcza spojówki	Kategoria IV
C45	Wycięcie zmiany rogówki	Kategoria IV
C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C48	Usunięcie ciała obcego z rogówki	Kategoria V
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

Twardówka i tęczęwka (C53 – C62)

C53	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	Kategoria IV
C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C57	Usunięcie ciała obcego	Kategoria V
C59	Wycięcie tęczęwki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczęwki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczęwki	Kategoria IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnętrznotorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnętrznotorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
C82	Zniszczenie zmiany siatkówki	Kategoria IV

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D02 – D04)

D02	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	Kategoria IV
D03	Plastyka ucha zewnętrznego	Kategoria III
D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 – D19)

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
D19	Wycięcie zmiany ucha środkowego	Kategoria IV

Nos (E01 – E09)

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E05	Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	Kategoria IV
E06	Tamponada nosa tylna	Kategoria V
E09	Operacje nosa zewnętrznego	Kategoria V

Zatoki przynosowe (E12 – E17)

E12	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	Kategoria IV
E13	Operacja zatoki szczękowej z innego dostępu	Kategoria V
E14	Operacje zatoki czołowej	Kategoria IV
E15	Operacje zatoki klinowej	Kategoria IV
E17	Operacje zatoki sitowej	Kategoria V

Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

Krtani (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E41	Otwarta implantacja protezy tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III
E48	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	Kategoria III

Płuca i śródpiersie (E53 – E63)

E53	Przeszczep płuca	Kategoria I
E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E55	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	Kategoria I
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV

E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III
E63	Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia	Kategoria IV

Wargi (F02 – F03)

F02	Usunięcie zmiany wargi	Kategoria V
F03	Korekcja deformacji wargi	Kategoria V

Język i podniebienie (F22 – F29)

F22	Wycięcie języka	Kategoria III
F23	Wycięcie zmiany w obrębie języka	Kategoria V
F24	Nacięcie języka	Kategoria V
F26	Operacja naprawcza języka	Kategoria V
F28	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	Kategoria V
F29	Korekcja zniekształcenia podniebienia	Kategoria IV

Migdałki i inne części jamy ustnej (F34 – F39)

F34	Wycięcie migdałków podniebiennych	Kategoria V
F36	Wycięcie migdałka gardłowego	Kategoria V
F38	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	Kategoria V
F39	Odtworzenie innej części jamy ustnej	Kategoria IV

Ślinianki (F44 – F55)

F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV
F45	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	Kategoria IV
F50	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	Kategoria IV
F51	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	Kategoria IV
F52	Podwiązanie przewodu ślinianki	Kategoria V
F55	Poszerzenie przewodu ślinianki	Kategoria V

Przełyk (G01 – G14)

G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III
G04	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria III
G05	Zespolenie omijające przełyku	Kategoria II
G06	Rewizja zespolenia przełykowego	Kategoria III
G07	Operacja naprawcza przełyku	Kategoria I
G08	Wytworzenie przetoki przełykowej	Kategoria III
G10	Otwarte operacje żyłaków przełyku	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III
G14	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria V

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G23 – G43)

G23	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	Kategoria IV
G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II
G29	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	Kategoria III
G30	Operacje plastyczne żołądka	Kategoria III
G31	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostom)	Kategoria III
G35	Operacje wrzodu żołądka	Kategoria III
G40	Nacięcie odźwiernika	Kategoria III
G43	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria V

Dwunastnica (G49 – G54)

G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III
G50	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	Kategoria II
G51	Zespolenie omijające dwunastnicę	Kategoria III
G52	Operacje wrzodu dwunastnicy	Kategoria III
G54	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	Kategoria V

Jelito czcze (G58 – G64)

G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
G59	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostom)	Kategoria III
G61	Zespolenie omijające jelito czcze	Kategoria III
G64	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	Kategoria III

Jelito kręte (G69 – G82)

G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G70	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	Kategoria III
G71	Zespolenie omijające jelito kręte	Kategoria III
G73	Rewizja zespolenia jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostom)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostom)	Kategoria III

G76	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	Kategoria III
G79	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	Kategoria III
G82	Wycięcie uchyłka Meckela	Kategoria IV

Wyrostek robaczkowy (H01)

H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV
-----	---	--------------

Okrężnica (H04 – H20)

H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
H08	Wycięcie poprzeczny	Kategoria II
H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H12	Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	Kategoria III
H13	Zespolenie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H17	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H20	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego	Kategoria V

Odbytnica (H33 – H42)

H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
H34	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	Kategoria III
H40	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
H42	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	Kategoria III

Odbyt i okolica okołodbytowa (H48 – H59)

H48	Operacja szczeliny odbytu	Kategoria V
H49	Operacja ropnia okołodbytniczego	Kategoria V
H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H52	Zniszczenie guzków krwawniczych	Kategoria V
H55	Operacja przetoki okołodbytniczej	Kategoria V
H59	Wycięcie torbieli włosowej	Kategoria IV

Wątroba (J01 – J10)

J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
J02	Wycięcie płata bądź segmentu wątroby	Kategoria I
J03	Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	Kategoria III

J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria II
J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV
J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV

Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)

J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J19	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	Kategoria II
J21	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J24	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 – J49)

J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J28	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	Kategoria III
J29	Zespolenie przewodu wątrobowego	Kategoria I
J30	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	Kategoria III
J31	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	Kategoria III
J32	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	Kategoria II
J33	Nacięcie przewodu żółciowego	Kategoria III
J34	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	Kategoria III
J38	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	Kategoria IV
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J49	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV

Trzustka (J54 – J66)

J54	Przeszczep trzustki	Kategoria I
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
J58	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	Kategoria III
J59	Zespolenie przewodu trzustkowego	Kategoria II
J61	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	Kategoria II
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III

J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V
-----	--	-------------

Śledziona (J69)

J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Ściany, przegrody i komory serca (K01 – K20)

K01	Przeszczep serca i płuc	Kategoria I
K04	Operacja naprawcza tetralog Fallota	Kategoria I
K05	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	Kategoria I
K07	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	Kategoria I
K09	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	Kategoria I
K10	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	Kategoria I
K11	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	Kategoria I
K12	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	Kategoria I
K15	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	Kategoria II
K16	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	Kategoria I
K18	Wytworzenie dróg odpływu z serca	Kategoria I
K20	Plastyka przedsionka serca	Kategoria I

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 – K37)

K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	Kategoria I
K29	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	Kategoria I
K30	Rewizja plastyki zastawki serca	Kategoria I
K31	Walwulotomia	Kategoria I
K35	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła	Kategoria II
K37	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	Kategoria I

Tętnice wieńcowe (K40 – K49)

K40	Pomost aortalno-wieńcowy	Kategoria I
K43	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
K45	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna – tętnica wieńcowa	Kategoria I
K47	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	Kategoria I

K49	Przezsłonna angioplastyka wieńcowa	Kategoria II
-----	------------------------------------	--------------

Inne części serca i osierdzie (K52 – K69)

K52	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	Kategoria I
K56	Wszczepienie systemu wspomagania serca	Kategoria II
K57	Przeznaczeniowe zabiegi dotyczące układu bódźcoprzewodzącego i bódźcotwórczego	Kategoria III
K60	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K61	Inny system rozrusznika serca	Kategoria I
K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV

Duże naczynia i tętnica płucna (L01 – L13)

L01	Operacje złożonych wad wielkich naczyń wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L02	Operacje przetrwałego przewodu tętniczego wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L03	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L05	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II

Tętnica główna (aorta) (L16 – L26)

L16	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	Kategoria I
L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
L22	Rewizja protezy aortalnej	Kategoria I
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L26	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	Kategoria II

Tętnica szyjna, tętnice mózgowie, tętnica podobojczykowa (L29 – L39)

L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L31	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	Kategoria II
L33	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	Kategoria I
L35	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	Kategoria II

L37	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	Kategoria I
-----	-------------------------------------	-------------

L39	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	Kategoria II
-----	---	--------------

Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 – L47)

L41	Odtworzenie tętnicy nerkowej	Kategoria I
L43	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	Kategoria II
L45	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	Kategoria I
L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L54	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	Kategoria II
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III

Inne tętnice (L65 – L75)

L65	Rewizja odtworzonej tętnicy	Kategoria II
L67	Wycięcie innej tętnicy	Kategoria II
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV
L74	Zespolenie tętniczko-żylne	Kategoria IV
L75	Usunięcie zespolenia tętniczko-żylnego	Kategoria IV

Żyły (L82 – L90)

L82	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	Kategoria IV
L90	Usunięcie skrzepliny ze światła żyły otwartą	Kategoria III

Nerki (M02 – M15)

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III
M09	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	Kategoria III

M15	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	Kategoria III
-----	---	---------------

Moczowód (M18 – M32)

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M19	Odprowadzenie moczu przez przetokę	Kategoria II
M20	Ponowne wszczepienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III
M26	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskop	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskop	Kategoria IV
M32	Operacje ujścia moczowodu	Kategoria IV

Pęcherz moczowy (M34 – M43)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M36	Powiększenie pęcherza moczowego	Kategoria II
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego	Kategoria III
M43	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	Kategoria IV

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostata) (M51 – M65)

M51	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	Kategoria III
M56	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	Kategoria IV
M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
M65	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	Kategoria III

Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M72 – M81)

M72	Wycięcie cewki moczowej	Kategoria III
M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
M76	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	Kategoria IV
M81	Operacje ujścia cewki moczowej	Kategoria V

Moszna i jądra (N01 – N11)

N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III

N06	Jednostronne wycięcie jądra	Kategoria IV
N07	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV

Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N15 – N24)

N15	Operacje najądrza	Kategoria IV
N17	Wycięcie nasieniowodu	Kategoria V
N18	Operacja naprawcza powróżka nasiennego	Kategoria II
N19	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	Kategoria IV
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N27	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	Kategoria IV
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V
N30	Operacje napletka	Kategoria V

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

P01	Operacje łechtaczki	Kategoria V
P03	Operacje gruczołów Bartholina	Kategoria IV
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany w obrębie sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	Kategoria V

Pochwa (P14 – P31)

P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P19	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	Kategoria IV
P20	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	Kategoria IV
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
P29	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM)	Kategoria IV
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q20)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
-----	-------------------------	--------------

Q02	Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	Kategoria V
Q05	Częściowa amputacja szyjki macicy	Kategoria V
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q09	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	Kategoria III
Q16	Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metodą histeroskopii	Kategoria IV
Q20	Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	Kategoria IV

Jajowód (Q22 – Q32)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q24	Całkowite wycięcie jajowodu	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q26	Implantacja protezy jajowodu	Kategoria V
Q27	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik. Więzadło szerokie macicy (Q43 – Q47)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	Kategoria III
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V
Q47	Całkowite wycięcie jajnika	Kategoria IV

Skóra (S30 – S37)

S30	Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi	Kategoria IV
S31	Przeszczep skóry w innej okolicy	Kategoria V
S37	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry	Kategoria V

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 – T15)

T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T07	Otwarte wycięcie opłucnej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T12	Nakłucie opłucnej	Kategoria V
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T15	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	Kategoria I

Ściana brzucha (T20 – T30)

T20	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	Kategoria IV
-----	--	--------------

T21	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T22	Pierwotna operacja przepukliny udowej	Kategoria III
T23	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	Kategoria III
T24	Operacja przepukliny pępkowej	Kategoria IV
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria IV
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III
T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria IV
T29	Operacje pępka	Kategoria III
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV

Otrzewna (T33 – T42)

T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III
T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	Kategoria V
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV
T60	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV

Ścięgna (T65 – T71)

T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T71	Wycięcie pochewki ścięgna	Kategoria IV

Mięśnie (T76 – T80)

T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
-----	-------------------	-------------

T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV

Układ limfatyczny (T85 – T94)

T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
T88	Drenaż zmiany węzła chłonnego	Kategoria V
T89	Operacje przewodu limfatycznego	Kategoria II
T94	Operacje kieszonki skrzelowej	Kategoria IV

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V13	Nastawienie złamania kości nosa	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III

Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V52)

V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II
V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego	Kategoria I
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V30	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I

V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III
V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V35	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria III
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II
V52	Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonywane metodą małoinwazyjną	Kategoria IV

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)

W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	Kategoria III

Kości (W05 – W67)

W05	Przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W07	Wycięcie kości ektopowej	Kategoria V
W08	Operacja haluksów	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W18	Drenaż kości	Kategoria IV
W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródspikową (wewnętrzzną)	Kategoria III
W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórnie otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródspikową (wewnętrzzną)	Kategoria III

W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV
W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V
W37	Wszczepienie całkowitej protezy stawu biodrowego	Kategoria III
W40	Wszczepienie całkowite protezy stawu kolanowego	Kategoria III
W43	Wszczepienie całkowite protezy innego stawu	Kategoria III
W46	Wszczepienie protezy głowy kości udowej	Kategoria III
W49	Wszczepienie protezy głowy kości ramiennej	Kategoria III
W52	Wszczepienie protezy głowy innej kości	Kategoria III
W54	Wszczepienie protezy innej kości	Kategoria III
W59	Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza)	Kategoria IV
W60	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	Kategoria III
W65	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	Kategoria III
W67	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	Kategoria III

Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X09	Amputacja nogi	Kategoria III
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
X13	Amputacja palców częściowa lub całkowita	Kategoria V
X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia ubezpieczonego STB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego STB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem STB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem STB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 2) **„Specjalistyczne leczenie”** – procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, polegająca na przeprowadzeniu jednego z następujących zabiegów lub sposobów leczenia: ablacja, chemioterapia albo radioterapia, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca.
- 3) **„Ablacja”** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej albo niskich temperatur (krioablacja) w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
- 4) **„Chemioterapia”** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L wg klasyfikacji ATC.
- 5) **„Radioterapia”** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego. Radioterapia obejmuje też teleradioterapię oraz brachyterapię.
- 6) **„Terapia interferonowa”** – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.
- 7) **„Kardiowerter/defibrylator”** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia.
- 8) **„Rozrusznik serca”** – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden Specjalistycznego leczenia polegającego na:
 - a) chemioterapii albo radioterapii,
 - b) terapii interferonowej,
 - c) wszczepieniu kardiowertera/defibrylatora,
 - d) wszczepieniu rozrusznika serca,
 - e) ablacji.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Leczenie specjalistyczne przeprowadzone na terenie całego Świata.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - c) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy

- dotatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Specjalistycznego leczenia spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.4.
 5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
 6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.3.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.4.
3. W przypadku wypłacenia przez Nationale-Nederlanden świadczenia z tytułu Specjalistycznego leczenia, wymienionego w Art. 2 ust.2, odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wygasa w zakresie tego Specjalistycznego leczenia. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii Nationale-Nederlanden wypłaca tylko jedno świadczenie.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie Specjalistycznego leczenia będącego podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Specjalistycznego leczenia, które jest następstwem chorób rozpoznanych lub zdiagnozowanych w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Specjalistyczne leczenie zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) czynnego i dobrowolne udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Specjalistycznego leczenia, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.3 nie stosuje się jeżeli Specjalistyczne leczenie nastąpił po dwóch latach od dnia objęcia

Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego Dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 4 ust.3.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie 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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem LHSD17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHSD17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 3) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych
- 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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
 - 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany

Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia Trwałego uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia zostanie określone na podstawie Tabeli uszczerbku dla Zawału serca i Udaru mózgu zamieszczonej w niniejszych Warunkach i wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust.2, zostanie wypłacone, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w Art. 5, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
5. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej

w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu.
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego

uszczerbku na zdrowiu, jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

4. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.3 nie stosuje się jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

1. We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela uszczerbku dla zawału serca i udaru mózgu

Zawał serca	Procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z wydolnym układem krążenia klasy I wg NYHA w zależności od występowania trwałych zmian w zapisie EKG lub badaniach obrazowych	10 – 15%
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami względnej wydolności krążenia klasy II wg NYHA	20 – 40%
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami niewydolności krążenia klasy III lub IV wg NYHA	40 – 90%
Udar mózgu	Procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu oceniany w oparciu o istniejące objawy lub ubytki neurologiczne mające wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego. Uszczerbek w przedziale 5 – 100% oceniany jest w oparciu o wyniki badania neurologicznego i wyniki badań obrazowych.	5 – 100%

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem LHB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) **„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. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w Art. 4 ust.1, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczony doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku

- na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonej przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do Warunków.
 6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia,
 - e) oświadczenia Ubezpieczonego dotyczącego zajścia i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wskazane jest, aby po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w ciągu 7 dni poddał się opiece lekarskiej, a także podjął działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,

- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zazywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu

wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego
zakresem ubezpieczenia.

2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 5, Art. 6, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem LHBH17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHBH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Nationale-Nederlanden. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) **„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. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym, za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10).
- 5) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. b);
- 6) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków realizowanych na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. b);
- 7) **„Konsultant medyczny”** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 8) **„Placówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) **„Program zdrowotny”** – zakres Usług medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych skoordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
- 10) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania skoordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych.
- 11) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b) polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej Usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych;

- 12) „Centrum Świadczeń medycznych” – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
- 13) „Złamanie” – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
- 14) „Zwichnięcie” – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym na okres co najmniej 10 dni. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.
- 15) „Portal Ubezpieczonego” – aplikacja za pośrednictwem której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie usług za pośrednictwem e-rejestracji.
- 16) „Infolinia medyczna” – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Infolinia zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych. Zmiana numeru Infolinii nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia;

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz
 - b) Złamanie kości lub Zwichnięcie stawu powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem iż Usługi medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego i w jakiej wysokości

1. Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust.8, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden Placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczony doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonej przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia,
 - e) oświadczenia Ubezpieczonego dotyczącego zajścia i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
8. Wskazane jest, aby po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w ciągu 7 dni poddał się opiece lekarskiej, a także podjął działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało

się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 4 Jak uzyskać Świadczenie medyczne z tytułu Złamania kości lub Zwichnięcia stawu?

1. W przypadku Złamania kości lub Zwichnięcia stawu powstałego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
 2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
 3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Złamania kości lub Zwichnięcia stawu na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - 3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
 - b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie złamania kości lub zwichnięcia stawu, lub
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 - 3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
 - a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
 - b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
 - c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas lub
 - d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust.1. 2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
 - 3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr. 1
- do niniejszej umowy, w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
4. Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych
 - 4.1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - a) w formie udostępnienia bezgotówkowej realizacji Usług medycznych, Świadczenie medyczne realizowane jest za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego;
 - 4.2. Decyzję o formie realizacji świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
 - 4.3. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi.
 - 4.4. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazane w Katalogu Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczeń medycznych.
 5. Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego
 - 5.1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem Usługi medycznej,
 - b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub;
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 - 5.2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu sms.
 - 5.3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie

dotychczasowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia takich usług lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.

- 5.4. W przypadku, o którym mowa w ust.5. 3 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
- 5.5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.
- 5.6. Decyzja o odmowie realizacji Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego, zmniejszeniu wysokości świadczenia lub o przyznaniu Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ust.5. 5 wraz z uzasadnieniem zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej
 - 6.1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokrycia kosztów Usług medycznych Ubezpieczony powinien:
 - a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
 - e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
 - 6.2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:

- a) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
- b) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
- c) rodzaj koniecznej pomocy;
- d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania lekarza;
- e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.

6.3. Organizacja Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Złamanie kości, Zwichnięcie stawu lub Trwały uszczerbek na zdrowiu, jest następstwem:
 - a) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Złamanie kości lub Zwichnięcie stawu było leczone lub zostało zdiagnozowane przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z tym Złamaniem kości lub Zwichnięciem stawu przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Złamania kości lub Zwichnięcia stawu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Złamania kości lub Zwichnięcia stawu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
5. Nationale-Nederlanden nie zrealizuje Świadczenia medycznego w formie pieniężnej i bezgotówkowej za Usługi medyczne, wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela orzecznicza dla oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Załącznik do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (LHB17), trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17, oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (SLHB17)

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
58	Złamania żeber:	
	a) złamanie co najmniej dwóch żeber bez zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1
	b) złamanie co najmniej dwóch żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2-5
	c) złamanie co najmniej dwóch żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności	6-10
	d) złamanie co najmniej dwóch żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	e) złamanie co najmniej dwóch żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
	f) złamanie jednego żebra	0,5

Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

Do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17

Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka podstawowa		
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)		35,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł
zdejmowanie szwów		15,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie		
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł
Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł
Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł
Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka specjalistyczna – zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		
Chirurgia		
iniekcja dostawowa		40,00 zł
leczenie owrzodzeń skórnych		60,00 zł
leczenie zastrzału powierzchniowego		60,00 zł
nacinanie i drenaż czyraka		60,00 zł
nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka		80,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		40,00 zł
punkcja stawów		35,00 zł
szycie rany		30,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		30,00 zł
wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		160,00 zł
wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		240,00 zł
założenie sączka		30,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego		80,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		50,00 zł
zdejmowanie szwów		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Laryngologia (Otolaryngologia)		
koagulacja naczyń przegrody nosa		75,00 zł
donosowe podanie leku obkurczającego		10,00 zł
odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		30,00 zł
opatrunek uszny z lekiem		30,00 zł
pędlowanie gardła, jamy ustnej		30,00 zł
płukanie uszu		30,00 zł
postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		75,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przedmuchiwanie trąbki słuchowej		75,00 zł
punkcja zatok		30,00 zł
usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		35,00 zł
założenie i usunięcie przedniej tamponady		120,00 zł
zdejmwowanie szwów		30,00 zł
Okulistyka		
adaptacja do ciemności		35,00 zł
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
badanie pola widzenia (perymetria)		35,00 zł
badanie widzenia przestrzennego		35,00 zł
egzofalometria		15,00 zł
gonioskopia		35,00 zł
iniekcja podspojówkowa		20,00 zł
komputerowe badanie wzroku		5,00 zł
płukanie dróg łzowych		20,00 zł
podanie leku do worka spojówkowego		20,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
skioskopia		35,00 zł
usunięcie ciała obcego z oka		30,00 zł
Ortopedia		
blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
punkcja (zmiany urazowe)		35,00 zł
punkcja (zmiany zapalne)		35,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		40,00 zł
założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		80,00 zł
założenie opaski elastycznej i temblaka		30,00 zł
założenie szyny Kramera		30,00 zł
założenie szyny Zimmera		30,00 zł
założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Urologia		
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
płukanie pęcherza moczowego		30,00 zł
Badania laboratoryjne		

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Badania biochemiczne		
albumina		6,00 zł
alfa – 1 – antytrypsyna		45,00 zł
aminokwasy		30,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		6,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł
amylaza		6,00 zł
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
apolipoproteina	apo A1	50,00 zł
apolipoproteina	apo B	50,00 zł
białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
białko całkowite		6,00 zł
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
bilirubina bezpośrednia		6,00 zł
bilirubina całkowita		6,00 zł
bilirubina pośrednia		6,00 zł
ceruloplazmina		25,00 zł
chlorki		6,00 zł
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
cholinesteraza	krwinkowa	30,00 zł
cholinesteraza	wątrobowa	30,00 zł
cyjanokobalamina (witamina B12)		20,00 zł
cynk (Zn)		20,00 zł
cystyna/homocystyna		35,00 zł
czynnik reumatoidalny (RF)		10,00 zł
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		10,00 zł
digoksyna		14,00 zł
ferrytyna		20,00 zł
fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
fosfor		6,00 zł
fosforan nieorganiczny		6,00 zł
fosfataza alkaliczna (ALP)		10,00 zł
fosfataza kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)		10,00 zł
GGTP- gamma glutamylotransferaza		10,00 zł
glukoza	20 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	60 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 1 godzinie	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 2 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 4 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 5 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	na czczo	20,00 zł
homocysteina		35,00 zł
jonogram (Na, K)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
klirens endogennej kreatyniny		10,00 zł
kreatynina		6,00 zł
kwask foliowy		20,00 zł
kwask homowanilinowy (HVA)		35,00 zł
kwask moczowy		6,00 zł
kwask walproinowy		28,00 zł
kwasy żółciowe		50,00 zł
lipaza		12,00 zł
lipidogram		24,00 zł
magnez		6,00 zł
methemoglobina		30,00 zł
mioglobina		28,00 zł
mocznik, azot mocznikowy (pozabiałkowy), BUN		6,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		10,00 zł
ołów (Pb)		55,00 zł
peptyd natriuretyczny (BNP)		35,00 zł
peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		35,00 zł
potas (K)		6,00 zł
próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		32,00 zł
seromukoid		12,00 zł
sód (Na)		6,00 zł
transferyna		10,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)		6,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
tyreoglobulina		30,00 zł
tyrozyna		35,00 zł
USR (VDRL)		10,00 zł
wapń całkowity		6,00 zł
witamina D – metabolit 1,25(OH)		70,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
witamina D – metabolit 25(OH)		70,00 zł
żelazo		6,00 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		10,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	120 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	180 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	300 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	60 min po obciążeniu	18,00 zł
Badania hematologiczne		
antytrombina III (AT III)		45,00 zł
bezpośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (BTA)		20,00 zł
białko C		45,00 zł
białko S wolne		45,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas krwawienia		9,00 zł
czas krzepnięcia		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	II – protrombina,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	IX – czynnik antyhemofilowy B	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	V – proakceleryna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VII – prokonwertyna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	X – czynnik Stuarta – Prowera,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XI – czynnik antyhemofilowy C	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XII – czynnik Hagemana,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	45,00 zł
D-dimery		35,00 zł
eozynofilia bezwzględna		6,00 zł
fibrynogen		10,00 zł
haptoglobulina		30,00 zł
hemoglobina wolna		6,00 zł
hemolizyny		20,00 zł
inhibitor składnika C1 dopełniacza		45,00 zł
inhibitory krzepnięcia		35,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
komórki LE		17,00 zł
leukocyty		6,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
osmolarność krwi		25,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh		30,00 zł
plazminogen		10,00 zł
płytki krwi		6,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		20,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		35,00 zł
retikulocyty		6,00 zł
Badania moczu		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		30,00 zł
albuminy w moczu		6,00 zł
amylaza w moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
białko Bence'a-Jonesa w moczu		50,00 zł
bilirubina w moczu		6,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł
ciała ketonowe w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		3,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) –17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		40,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		6,00 zł
glukoza/cukier w moczu		3,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
hemoglobina wolna w moczu		15,00 zł
Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		80,00 zł
kadm w moczu		80,00 zł
katecholaminy w moczu		30,00 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		20,00 zł
koproporfiryny w moczu		40,00 zł
kortyzol w moczu		30,00 zł
kreatynina w moczu		6,00 zł
kwas delta-aminolewulinowy w moczu		50,00 zł
kwas moczowy w moczu		6,00 zł
kwas wanilinomigdałowy w moczu		50,00 zł
liczba Addisa w moczu		10,00 zł
łańcuchy lekkie kappa w moczu		50,00 zł
łańcuchy lekkie lambda w moczu		50,00 zł
magnez w moczu		6,00 zł
metoksykatecholaminy w moczu		50,00 zł
miedź w moczu		45,00 zł
mikroalbuminuria		6,00 zł
mocznik w moczu		6,00 zł
noradrenalina/adrenalina w moczu		30,00 zł
ołów w dobowej zbiórce moczu		45,00 zł
osmolarność moczu		10,00 zł
potas w moczu		6,00 zł
rtęć (Hg) w moczu		50,00 zł
skład chemiczny kamienia nerkowego		50,00 zł
sód w moczu		6,00 zł
test ciążowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
wapń całkowity w moczu		6,00 zł
Badania mikrobiologiczne		
antybiogram		20,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	krew	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z jamy ustnej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z odbytu	35,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z worka spojówkowego	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze skóry	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze sromu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	mocz	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	nasienie	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	plwocina	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	ropa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	włosy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	35,00 zł
cytologia złuszczeniowa z nosa		30,00 zł
posiew kału		28,00 zł
posiew kału w kierunku pasożytów		28,00 zł
posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella		28,00 zł
posiew krwi	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew moczu		28,00 zł
posiew nasienia		30,00 zł
posiew plwociny	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew plwociny	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	28,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
wymaz z migdałka	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z oka		28,00 zł
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew tlenowy	28,00 zł
Diagnostyka cukrzycy		
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB)		20,00 zł
insulina		22,00 zł
	na czczo	50,00 zł
	po 120 min	50,00 zł
	po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
peptyd C		25,00 zł
Badania radiologiczne (RTG)		
densytometria	kości udowej	55,00 zł
densytometria	kręgosłup lędźwiowy	55,00 zł
densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	55,00 zł
mammografia	celowane	75,00 zł
mammografia	ogólne	75,00 zł
RTG celowane siodła tureckiego		40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	40,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG czaszki	celowane na kości skroniowej	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Rheseego	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Schullera (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Stenversa (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	w dwóch projekcjach	40,00 zł
RTG czaszki	w jednej projekcji	40,00 zł
RTG czaszki	w trzech projekcjach	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	RTG tomogram	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja bok	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę osiowe	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę styczne	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę w 3 ustawieniach	40,00 zł
RTG kolan	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kolan	projekcja bok	40,00 zł
RTG kończyny dolnej		40,00 zł
RTG kończyny górnej		40,00 zł
RTG kości krzyżowej		40,00 zł
RTG kości nosowej		40,00 zł
RTG kości ogonowej	AP + bok	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok wraz z kością guziczną	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok/AP – jedna projekcja	40,00 zł
RTG kości piętowej	(puste)	40,00 zł
RTG kości podudzia	porównawcze obu kończyn	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja AP obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja osiowa obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	ze stawem barkowym osiowe	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok + skośna (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgu szczytowego i obrotowego	(puste)	40,00 zł
RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe	40,00 zł
RTG łopatki	projekcja AP	40,00 zł
RTG łopatki	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG łuków jarzmowych		40,00 zł
RTG miednicy		40,00 zł
RTG miednicy małej		40,00 zł
RTG mostka	projekcja AP	40,00 zł
RTG mostka	projekcja bok	40,00 zł
RTG nadgarstka	celowane na kość łódeczkowatą	40,00 zł
RTG nadgarstka	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja bok	40,00 zł
RTG nosa		40,00 zł
RTG nosogardła (trzeci migdał)		40,00 zł
RTG obojczyka		40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP	40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG palca	projekcja bok	40,00 zł
RTG podstawy czaszki		40,00 zł
RTG podżebrza		40,00 zł
RTG potylicy		40,00 zł
RTG przedramienia	porównawcze projekcja AP + bok obu kości	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP	40,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG przedramienia	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	inne	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na leżąco	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na stojąco	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż przełyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG skrzydełkowe zęba		40,00 zł
RTG stawów biodrowych	dzieci	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja AP – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja osiowa – dorośli	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP + skośna	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja skośna	40,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja bok	40,00 zł
RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu mostkowo-obojczykowego		40,00 zł
RTG stóp	celowane na kości śródstopia	40,00 zł
RTG stóp	celowane na palce	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę osiowe	40,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP	40,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG stóp	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG stóp	projekcja bok	40,00 zł
RTG ścięgna Achillesa		40,00 zł
RTG ślinianki		40,00 zł
RTG śródpiersia		40,00 zł
RTG twarzoczaszki		40,00 zł
RTG uszu		40,00 zł
RTG zatok		40,00 zł
RTG zgrzyzowe		40,00 zł
RTG żeber	projekcja AP	40,00 zł
RTG żeber	projekcja bok	40,00 zł
RTG żeber	projekcja skośna	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja AP	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja skośna	40,00 zł
urografia		120,00 zł
Badania czynnościowe		
narząd słuchu		
audiometria impedancyjna		30,00 zł
audiometria tonalna		30,00 zł
układ krążenia		
EKG spoczynkowe bez opisu		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		80,00 zł
echokardiografia (ECHO)		80,00 zł
EKG wysiłkowe		80,00 zł
Holter EKG „event”		80,00 zł
układ oddechowy		
spirometria	standardowa bez leku	30,00 zł
spirometria	z podaniem leku rozkurczowego	30,00 zł
układ nerwowy		
EEG – elektroencefalografia	w czuwaniu	60,00 zł
EMG – elektromiografia	zespół cieśni nadgarstka	120,00 zł
EMG – elektromiografia	badanie ilościowe mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	choroba neuronu ruchowego	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nerw twarzowy	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nieurazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	ocena czynności spoczynkowej mięśnia	120,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
EMG – elektromiografia	polineuropatia / miopatia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	pourazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba ischemiczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba miasteniczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	uszkodzenie splotu	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw czuciowy	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (krótkie odcinki)	80,00 zł
ENG – elektonystagmografia		80,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
USG		
USG dołów podkolanowych		60,00 zł
USG gałek ocznych i oczodołów		60,00 zł
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		60,00 zł
USG jądra i najądrza		60,00 zł
USG krtani		60,00 zł
USG mięśni		60,00 zł
USG nadgarstka		60,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		60,00 zł
USG oka		110,00 zł
USG palca		60,00 zł
USG pęcherz moczowy		60,00 zł
USG piersi		60,00 zł
USG ręki		60,00 zł
USG staw barkowy		60,00 zł
USG staw biodrowy		60,00 zł
USG staw kolanowy		60,00 zł
USG stawu łokciowego		60,00 zł
USG stawu skokowego		60,00 zł
USG stopy		60,00 zł
USG ścięgna Achillesa		60,00 zł
USG tętnic wewnątrzczaszkowych		60,00 zł
USG tkanek miękkich		60,00 zł
USG tkanki podskórnej		60,00 zł
USG więzadeł		60,00 zł
USG Dopplerowskie		
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. dolnych	naczynia tętnicze	80,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. dolnych	naczynia żylna	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. górnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. górnych	naczynia żylna	80,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)		
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żylna i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK jama brzuszna bez kontrastu		190,00 zł
TK jama brzuszna z kontrastem		250,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		190,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		250,00 zł
TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		180,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		230,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem		250,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia	180,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	uda	180,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia	230,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	uda	230,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	nadgarstka	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	przedramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ręki	180,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	przedramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ręki	230,00 zł
TK krtani bez kontrastu		180,00 zł
TK krtani z kontrastem		230,00 zł
TK miednicy mniejszej bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		250,00 zł
TK nerek i nadnerczy bez kontrastu		190,00 zł
TK nerek i nadnerczy z kontrastem		250,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	<i>Opis szczegółowy</i>	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK oczodołów bez kontrastu		230,00 zł
TK oczodołów z kontrastem		230,00 zł
TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		180,00 zł
TK piramid kości skroniowych z kontrastem		250,00 zł
TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		180,00 zł
TK przysadki mózgowej bez kontrastu		250,00 zł
TK przysadki mózgowej z kontrastem		250,00 zł
TK stawów biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów biodrowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		230,00 zł
TK stawów skokowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów skokowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawu barkowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu barkowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu kolanowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu kolanowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu łokciowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu łokciowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		250,00 zł
TK stopy bez kontrastu		180,00 zł
TK stopy z kontrastem		250,00 zł
TK szyi bez kontrastu		180,00 zł
TK szyi z kontrastem		230,00 zł
TK zatoki bez kontrastu		180,00 zł
TK zatoki z kontrastem		250,00 zł
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		300,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		350,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	<i>Opis szczegółowy</i>	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		350,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		350,00 zł
RM angiografia tętnic nerkowych		400,00 zł
RM artrografia nadgarstka		400,00 zł
RM artrografia stawu barkowego		400,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		400,00 zł
RM artrografia stawu łokciowego		400,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		400,00 zł
RM cholangiografia		400,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		300,00 zł
RM jama brzuszna z cholangiografią		400,00 zł
RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		350,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)		350,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane stopa	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane udo	300,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	cała kończyna	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane stopa	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane udo	350,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ręka	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	cała kończyna	300,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ręka	300,00 zł
RM mammografia		400,00 zł
RM miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		350,00 zł
RM oczodołów bez kontrastu		300,00 zł
RM oczodołów z kontrastem		350,00 zł
RM przysadki mózgowej z kontrastem		350,00 zł
RM stawów biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów kolanowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów kolanowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów skokowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów skokowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawu barkowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu barkowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu łokciowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu łokciowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		300,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		300,00 zł
RM struktur mózgowia + angiografia		350,00 zł
RM szyi bez kontrastu		300,00 zł
RM szyi z kontrastem		350,00 zł
RM śródpiersia bez kontrastu		300,00 zł
RM śródpiersia z kontrastem		350,00 zł
RM twarzoczaszka bez kontrastu		300,00 zł
RM twarzoczaszka z kontrastem		350,00 zł
RM zatok bez kontrastu		300,00 zł
RM zatok z kontrastem		350,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Rehabilitacja ambulatoryjna – 40 zabiegów za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe		
elektroterapia		
elektrostymulacja	mięśni kończyny dolnej	15,00 zł
elektrostymulacja	mięśni kończyny górnej	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup szyjny	15,00 zł
fonoforeza	nadgarstek	15,00 zł
fonoforeza	podudzie	15,00 zł
fonoforeza	przedramię	15,00 zł
fonoforeza	ramię	15,00 zł
fonoforeza	ręka	15,00 zł
fonoforeza	staw barkowy	15,00 zł
fonoforeza	staw biodrowy	15,00 zł
fonoforeza	staw kolanowy	15,00 zł
fonoforeza	staw łokciowy	15,00 zł
fonoforeza	staw skokowy	15,00 zł
fonoforeza	stopa	15,00 zł
fonoforeza	udo	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup szyjny	15,00 zł
galwanizacja	nadgarstek	15,00 zł
galwanizacja	podudzie	15,00 zł
galwanizacja	przedramię	15,00 zł
galwanizacja	ramię	15,00 zł
galwanizacja	ręka	15,00 zł
galwanizacja	staw barkowy	15,00 zł
galwanizacja	staw biodrowy	15,00 zł
galwanizacja	staw kolanowy	15,00 zł
galwanizacja	staw łokciowy	15,00 zł
galwanizacja	staw skokowy	15,00 zł
galwanizacja	stopa	15,00 zł
galwanizacja	udo	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup szyjny	15,00 zł
jonoforeza	nadgarstek	15,00 zł
jonoforeza	podudzie	15,00 zł
jonoforeza	przedramię	15,00 zł
jonoforeza	ramię	15,00 zł
jonoforeza	ręka	15,00 zł
jonoforeza	staw barkowy	15,00 zł
jonoforeza	staw biodrowy	15,00 zł
jonoforeza	staw kolanowy	15,00 zł
jonoforeza	staw łokciowy	15,00 zł
jonoforeza	staw skokowy	15,00 zł
jonoforeza	stopa	15,00 zł
jonoforeza	udo	15,00 zł
prądy Nemecca (interferencyjne)	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	nadgarstek	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	podudzie	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	przedramię	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	ramię	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	ręka	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw barkowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw skokowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	stopa	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	udo	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Tensa	nadgarstek	15,00 zł
prądy Tensa	podudzie	15,00 zł
prądy Tensa	przedramię	15,00 zł
prądy Tensa	ramię	15,00 zł
prądy Tensa	ręka	15,00 zł
prądy Tensa	staw barkowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw skokowy	15,00 zł
prądy Tensa	stopa	15,00 zł
prądy Tensa	udo	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Traeberta	nadgarstek	15,00 zł
prądy Traeberta	podudzie	15,00 zł
prądy Traeberta	przedramię	15,00 zł
prądy Traeberta	ramię	15,00 zł
prądy Traeberta	ręka	15,00 zł
prądy Traeberta	staw barkowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw skokowy	15,00 zł
prądy Traeberta	stopa	15,00 zł
prądy Traeberta	udo	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup szyjny	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	nadgarstek	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	podudzie	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	przedramię	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ramię	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ręka	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw barkowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw biodrowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw kolanowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw łokciowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw skokowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	stopa	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	udo	15,00 zł
hydroterapia		
masaż peretkowy		15,00 zł
masaż podwodny		15,00 zł
masaż wirowy		15,00 zł
kinezyterapia		
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		15,00 zł
ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		15,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup lędźwiowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup piersiowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup szyjny	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	nadgarstek	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	podudzie	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	przedramię	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ramię	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ręka	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw barkowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw biodrowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw kolanowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw łokciowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw skokowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	stopa	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	udo	30,00 zł
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach	15,00 zł
wyciąg trakcyjny	wyciąg trakcyjny	15,00 zł
krioterapia		
krioterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
krioterapia miejscowa	nadgarstek	15,00 zł
krioterapia miejscowa	podudzie	15,00 zł
krioterapia miejscowa	przedramię	15,00 zł
krioterapia miejscowa	ramię	15,00 zł
krioterapia miejscowa	ręka	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
krioterapia miejscowa	staw barkowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw biodrowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw kolanowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw łokciowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	stopa	15,00 zł
krioterapia miejscowa	udo	15,00 zł

laseroterapia

laseroterapia punktowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
laseroterapia punktowa	nadgarstek	15,00 zł
laseroterapia punktowa	podudzie	15,00 zł
laseroterapia punktowa	przedramię	15,00 zł
laseroterapia punktowa	ramię	15,00 zł
laseroterapia punktowa	ręka	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw barkowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw biodrowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw kolanowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw łokciowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw skokowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	stopa	15,00 zł
laseroterapia punktowa	udo	15,00 zł

magnetoterapia

impulsy Magnetus	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	kręgosłup szyjny	15,00 zł
impulsy Magnetus	nadgarstek	15,00 zł
impulsy Magnetus	podudzie	15,00 zł
impulsy Magnetus	przedramię	15,00 zł
impulsy Magnetus	ramię	15,00 zł
impulsy Magnetus	ręka	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw barkowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw biodrowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw kolanowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw łokciowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw skokowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	stopa	15,00 zł
impulsy Magnetus	udo	15,00 zł

światłolecznictwo

promienie UV		15,00 zł
Sollux		15,00 zł

terapia ultradźwiękami

ultraterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	nadgarstek	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	podudzie	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	przedramię	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	ramię	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	ręka	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw barkowy	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
ultraterapia miejscowa	staw biodrowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw kolanowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw łokciowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	stopa	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	udo	15,00 zł

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PDR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 2) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 3) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 5) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 6) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 7) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 8) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 9) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 10) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem

ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.
- W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - Umowa dodatkowa wygasła.
- Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

- Z zastrzeżeniem ust.2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - wyższej z kwot, o których mowa w pkt a) oraz b), jeżeli zachodzą przesłanki do uznania uszkodzenia ciała Ubezpieczonego jednocześnie za Trwałe częściowe inwalidztwo oraz za Trwałe całkowite inwalidztwo.
- Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z Nieszczęśliwych wypadków.

- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Jeżeli nastąpiło Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Trwałe inwalidztwo częściowe	Procent Sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk)	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

- W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Nationale-Nederlanden będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 4. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia, o której mowa w Art. 3 ust.1 pkt a) oraz c),
 - d) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) i d) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR17+ (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR17+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PDR17+.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR17+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 2) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 3) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dżwignięcia lub pochylecia.
- 5) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 6) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 7) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 8) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 9) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 10) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku

Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą Nationale-Nederlanden wskazaną w Art. 3 ust.3) oraz nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie:
 - a) jednorazowej wypłaty w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) regularnych wypłat równych miesięcznych świadczeń przez okres pięciu lat, których łączna kwota stanowi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
 - nastąpiło Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub

- nastąpiło Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że stopień inwalidztwa wynosi łącznie co najmniej 40% zgodnie z tabelą Nationale-Nederlanden wymienioną w ust.3.

2. Pierwsze świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust.1 b), zostanie wypłacone jednocześnie ze świadczeniem jednorazowym, o którym mowa w ust 1 a).
3. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden ustali stopień inwalidztwa zgodnie z tabelą poniżej.

Trwałe inwalidztwo częściowe	Procent Sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk)	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego inwalidztwa,
 - d) orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 50% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez Nationale-Nederlanden wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 2) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 3) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 4) **„Dzienne świadczenie”** – kwota określona w polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 5) **„Rekonwalescencja”** – pobyt na zwolnieniu lekarskim trwający nieprzerwanie i maksymalnie 30 dni, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy

dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w ust.1.

- 6) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Rekonwalescencję Ubezpieczonego, o ile:
 - a) miała ona miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - b) należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w Art. 1 ust.1,
 - c) pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust.2 pkt. b), trwał co najmniej 14 dni.
3. W czasie Rekonwalescencji Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu Rekonwalescencji:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy

dotatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego spowodowanej Niezszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej

zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.

4. Wysokość dziennego świadczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego jest Dienne świadczenie obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, którego ostatni dzień bezpośrednio poprzedzał Rekonwalescencję Ubezpieczonego. W okresie karencji, o którym mowa w Art. 3 ust.1 i 2, dienne świadczenie wynosi 0 zł, z zastrzeżeniem Art. 3 ust.3.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości Dziennego świadczenia za każdy dzień Rekonwalescencji Ubezpieczonego.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego przysługuje maksymalnie za okres 30 dni Rekonwalescencji w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 90 dni Rekonwalescencji liczony jako suma jednorazowych rekonwalescencji.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - kopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Rekonwalescencja Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio po Pobycie w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Rekonwalescencja rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Rekonwalescencja rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Rekonwalescencja rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie 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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MCR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MCR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez Nationale-Nederlanden wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 2) **„Ubezpieczenie lekowe”** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów i leków zaleconych lub przepisanych przez Lekarza, w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, przysługujące Ubezpieczonemu po Pobycie w szpitalu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w rozumieniu Umowy dodatkowej dotyczącej Pobytu w szpitalu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową. .
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia

- aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie zostanie wypłacone nawet jeśli Lekarz nie zaleci, ani nie przepíše, żadnych leków i produktów.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie na tych samych zasadach i po spełnieniu tych samych warunków jakie wskazane są do otrzymania świadczenia z Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu.
2. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Nationale-Nederlanden dokumentów wymaganych przy Umowie dodatkowej dotyczącej Pobytu w szpitalu.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, zgodnie z zapisami dotyczącymi wyłączenia odpowiedzialności i wyłączającymi możliwość wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Pobytu w szpitalu.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w sanatorium mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SSB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w sanatorium (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SSB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez Nationale-Nederlanden wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 2) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 3) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 4) **„Sanatorium”** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium, o ile:
 - a) został on potwierdzony dokumentacją medyczną,
 - b) należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w Art. 1 ust.1,
 - c) pobyt w Sanatorium jest związany bezpośrednio ze świadczeniem, o którym mowa w pkt. b).
3. Potwierdzenie, o którym mowa w ust.2 pkt a), musi nastąpić w okresie, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego

- w sanatorium spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
 6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.
- c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - kopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego.
 - skierowania na leczenie uzdrowiskowe wystawionego przez lekarza i potwierdzonego przez osobę upoważnioną przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Sanatorium,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium był w bezpośrednim związku z Pobytem w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli potwierdzenie skierowania do Sanatorium przypadnie po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli potwierdzenie skierowania do Sanatorium nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu potwierdzenia skierowania do Sanatorium.
3. W ciągu całego roku polisowego Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie jedno świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w Sanatorium uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w Warunkach Umowy głównej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PDW17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDW17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
 - 1) a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - mycie,
 - ubieranie się,
 - odżywanie,
 - poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - kontrola czynności fizjologicznych.
 - 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało

miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W uzasadnionych przypadkach Nationale-Nederlanden może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 1 pkt 1.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do pracy po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji,
 - d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku, którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzył się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzył się w okresie 30 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku

którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wydarzył się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem TPD17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPD17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 1) a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, którego wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - mycie,
 - ubieranie się,
 - odżywanie,
 - poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - kontrola czynności fizjologicznych. ”
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu

Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

- 3) **„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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu,

- rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a których przyczyną była Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek.
- c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
- b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia w w okresie trwania Umowy dodatkowej 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpiezonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowania Choroby będących przyczyną Niezdolności Ubezpiezonego do pracy lub Niezdolności Ubezpiezonego do samodzielnej egzystencji.

3. W uzasadnionych przypadkach Nationale-Nederlanden może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 1 pkt 1.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpiezonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
- b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego,
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji.
- d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
- e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpiezonego do pracy lub Niezdolność Ubezpiezonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym,

spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,

- d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - h) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji, jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji nastąpiła po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się

w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej Miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy IPB17

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej – „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy IPB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem IPB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem IPB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Suma Ubezpieczenia”** – kwota stanowiąca podstawę do wypłaty świadczeń, zależna od wybranej liczby rat i wybranej wysokości miesięcznej wypłaty. W trakcie trwania ubezpieczenia Suma Ubezpieczenia będzie pomniejszana o kolejne wypłaty.
- 2) **„Niezdolność do pracy”** – Całkowita lub Częściowa utrata zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu, której pierwszy dzień niezdolności miał miejsce w okresie udzielania ochrony przez Nationale-Nederlanden i utrzymująca się co najmniej 182 dni i trwająca nadal.
 - 2) a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”**
 - trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 182 dni i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - mycie,
 - ubieranie się,
 - odżywianie,
 - poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - kontrola czynności fizjologicznych.
- 3) **„Całkowita niezdolność do pracy”** – oznacza utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy.
- 4) **„Częściowa niezdolność do pracy”** – oznacza znaczny stopień utraty zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, orzeczonej po 182 dniach Całkowitej niezdolności do pracy.
- 5) **„Dzień zajścia Niezdolności do pracy”** ostatni dzień 182-dniowego okresu nieprzerwanej Całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 7) **„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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 8) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z 2 wariantów Umowy dodatkowej:
 - a) Wariant z 6 miesięcznymi ratami (IPB17_A).
 - b) Wariant z 12 miesięcznymi ratami (IPB17_B).
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność do pracy Ubezpieczonego, jeśli nastąpiła przed ukończeniem

- przez Ubezpieczonego 65. roku życia lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie regularnych, równych, miesięcznych wypłat w wysokości określonej w polisie. Maksymalna liczba wypłat zależy od wybranego Wariantu Umowy dodatkowej.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu niezdolności do pracy utrzymującej się co najmniej 182 dni.
3. Wypłata świadczenia będzie trwała nie dłużej niż do zaistnienia wcześniejszego ze zdarzeń: do końca miesiąca, w którym wystąpił ostatni dzień orzeczonej Niezdolności do pracy, albo do wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
4. Kontynuacja wypłaty świadczenia, o ile nie została wyczerpana Suma ubezpieczenia, będzie możliwa po ponownym otrzymaniu orzeczenia o Niezdolności do pracy i które to orzeczenie jest kontynuacją poprzedniego.
5. Jeśli kolejna Niezdolność do pracy będzie skutkiem odrębnej przyczyny niż wcześniejsza, będzie miał zastosowanie nowy 182 dniowy okres oczekiwania na wypłatę świadczenia.
6. Prawo do wypłaty świadczenia Ubezpieczony nabywa z Dniem zajścia Niezdolności do pracy.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Warunkiem wypłaty świadczenia jest Niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) kopii dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego,
 - c) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną Niezdolność do pracy, orzeczenie o Niezdolności do pracy lub przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, orzeczenie komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych; orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej; orzeczenie lekarza rzeczoznawcy KRUS),
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji (np. kartę informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentację leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - e) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności wypadku (np. notatki urzędowej z policji lub innej),

– jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do pracy,

- f) innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty miesięcznego świadczenia, które powinny zostać dostarczone na wniosek Nationale-Nederlanden.
3. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.
 4. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 5. Jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, zostały spowodowane lub wydarzyły się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach

- sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej, miejskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sztukach i sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
- h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
- j) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji, jeżeli nastąpiła ona w następstwie Choroby psychicznej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji, jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.3 nie stosuje się jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji nastąpiła po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

- c) przyznania świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego nie będzie kontynuowana w kolejnym Roku polisowym, po pierwszym przyznanym świadczeniu.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela TPDT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem TPDT17

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPDT17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„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. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 2) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 3) **„Choroba zawodowa”** – przewlekła Choroba narządu głosu spowodowana nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat:
 - a) guzki głosowe twarde;
 - b) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych;
 - c) niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią.
- 4) **„Lekarz”** – lekarz medycyny pracy, spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne, określone w trybie art. 229 § 8 pkt 5 Kodeksu pracy., posiadający uprawnienia do wykonywania badań, o których mowa w art. 229 § 1, 2 i 5 Kodeksu pracy, wykonujący działalność w jednostce służby medycyny pracy, z którą Placówka oświatowa zawarła umowę, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.
- 5) **„Nauczyciel”** – osoba będąca nauczycielem w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela lub nauczycielem akademickim w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.
- 6) **„Okresowa niezdolność do pracy nauczyciela”** – całkowita niezdolność do wykonywania zawodu Nauczyciela spowodowana Chorobą zawodową, skutkująca przyznaniem Ubezpieczonemu uprawnienia do świadczenia z tytułu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy.
- 7) **„Placówka oświatowa”** – w rozumieniu niniejszych Warunków: żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, liceum techniczne, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa, zespół szkół, szkoła policealna, uczelnia wyższa, studium, liceum ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, dom dziecka, placówki oświatowo-wychowawcze umożliwiające rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego, szkoła o profilu sportowym, szkoła specjalna.
- 8) **„Urlop w celu poratowania zdrowia”** – pobyt Ubezpieczonego na urlopie w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia:
 - a) Choroby zagrażającej wystąpieniem Choroby zawodowej lub
 - b) Choroby, w której powstaniu czynniki środowiska pracy lub sposób wykonywania pracy odgrywają istotną rolę.
- 9) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – wystąpienie u Ubezpieczonego Okresowej niezdolności do pracy nauczyciela lub Urlopu w celu poratowania zdrowia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Okresową niezdolnością do pracy nauczyciela, rozpoczynającą swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
 - b) Urlop w celu poratowania zdrowia pod warunkiem że rozpoczął się w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz trwał nieprzerwanie przez okres co najmniej 90 dni.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dacie Zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu:
 - a) wydania przez właściwy organ decyzji o przyznaniu Ubezpieczonemu uprawnienia do świadczenia z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy, spowodowanej Chorobą zawodową, lub
 - b) wskazanym w dokumentacji wystawionej przez dyrekcję Placówki oświatowej, potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu Urlopu w celu poratowania zdrowia, jako pierwszy dzień trwania tego urlopu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej Okresową niezdolność do pracy nauczyciela,

chorobę zagrażającą wystąpieniu choroby zawodowej skutkującej okresową niezdolnością do pracy nauczyciela lub chorobę w której powstaniu czynniki środowiska pracy lub sposób wykonywania pracy odgrywają istotną rolę,

- c) decyzji o orzeczeniu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub decyzji dyrektora placówki oświatowej o przyznaniu Urlopu w celu poratowania zdrowia w oparciu o orzeczenie Lekarza,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie jedno świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba w wyniku, której nastąpiła Okresowa niezdolność do pracy nauczyciela lub Urlop w celu poratowania zdrowia, została spowodowana lub wydarzyła się w bezpośrednim następstwie:
 - a) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków

- zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- g) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - i) choroby psychicznej.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie Urlopu w celu podratowania zdrowia lub Okresowej niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela, do uprawnionego do uprawnionego organu przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Okresowa niezdolności do pracy nauczyciela lub konieczności skorzystania z Urlopu w celu poratowania, wydarzyły się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Okresowa niezdolności do pracy nauczyciela lub konieczności skorzystania z Urlopu w celu poratowania, wydarzyły się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Okresowa niezdolność do pracy nauczyciela lub konieczności skorzystania z Urlopu w celu poratowania, wydarzyły się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego FCR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem FCR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica, Ojczyma lub Macochy pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Współubezpieczony”** – Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 3) **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 4) **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 5) **„Ojczym”** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego lub matki Małżonka Ubezpieczonego, wdowiec po matce Ubezpieczonego lub matce Małżonka Ubezpieczonego nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub biologicznym ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- 6) **„Macocha”** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego lub ojca Małżonka Ubezpieczonego, wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub ojcu Małżonka Ubezpieczonego nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub biologiczną matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
- 7) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 8) **„Przysposobienie Dziecka”** – to dobrowolne, uregulowane prawem przybranie dziecka za swoje, gdzie stosunek pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym jest jak między rodzicami a dziećmi. W tym przysposobienie pełne/pełne nierozwiązywalne (całkowite) potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 10) **„Narodziny martwego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 11) **„Narodziny żywego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 12) **„Narodziny Dziecka”** – Narodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic Dziecka albo Przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. W zależności od wariantu określonego w polisie Umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka (kod DPB17),

- b) wariant B – narodziny Dziecka (kod BCB17),
 - c) wariant C – śmierć Dziecka (kod DCB17),
 - d) wariant D – narodziny martwego Dziecka (kod SBB17),
 - e) wariant E – osierocenie Dziecka (kod OCB17).
 - f) wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka, spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (ADPB17).
2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów, spośród wymienionych w ust.1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.
 3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3 i 4, wysokość świadczenia z tytułu Narodzin dziecka (wariant B) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
2. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3 i 4, wysokość świadczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka (wariant A) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie:
 - a) 6-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem punktu b,
 - b) 9-miesięczna Karencja z tytułu Narodzin Dziecka.
4. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie:
 - a) 6-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem punktu b,
 - b) 9-miesięczna Karencja z tytułu Narodzin Dziecka.
5. W czasie Karencji, o której mowa w ust.3 i 4, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Współubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem oraz z tytułu Osierocenia Dziecka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.6.
6. Karencja, o której mowa w ust.1 i 2 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu Ochroną ubezpieczeniową.
7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.6, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu – w przypadku wariantu A, B, C, D lub F,
 - b) każdemu Dziecku – w przypadku wariantu E.
1. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
2. W przypadku wariantu A i wariantu F w stosunku do jednego Ubezpieczonego odpowiedzialność Nationale-Nederlanden ograniczona jest do wystąpienia 4 zdarzeń. W przypadku wariantu E w stosunku do każdego Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia Art. 20 ust.2, 3, 7 Warunków Umowy głównej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny, urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - lub
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyma lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,

- b) wariant B – narodziny Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - w przypadku przysposobienia pełnego (niebędącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym) prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego stwierdzające przysposobienie.
- c) wariant C – śmierć Dziecka:
 - odpisu aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
- d) wariant D – narodziny martwego Dziecka:
 - odpisu aktu zgonu lub akt urodzenia martwego Dziecka,
 - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu.
- e) wariant E – osierocenie Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu Umowy głównej,
- f) wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka spowodowana Niešťęśliwym wypadkiem:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego,
 - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Niešťęśliwego wypadku, lub
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka Ubezpieczonego, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyma lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Niešťęśliwego wypadku.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka, śmierć Dziecka lub osierocenie Dziecka były spowodowane lub wydarzyły się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Narodzin martwego Dziecka lub śmierci Dziecka, jeżeli jest ono skutkiem przerwania ciąży.
5. Jeżeli śmierć Współubezpieczonego nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DSB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria

- uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W czasie Karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty,

dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne

wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
5. Jeżeli Małżonek popełni samobójstwo w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu SHSDR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu SHSDR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka Ubezpieczonego, spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SHSDR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHSDR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Zawał serca”** – uszkodzenie mięśnia sercowego, wywołane nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi być rozpoznane przez Lekarza specjalistę. Rozpoznanie musi być oparte na:
 - a) stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej, klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
 - nowe odcinkowe zaburzenie kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca
 - lub, w przypadku nagłego zgonu sercowego,
 - b) typowych objawach klinicznych zawału mięśnia sercowego i nowych zmianach niedokrwieniowych w EKG, zanim oznaczono stężenie biomarkerów sercowych we krwi lub zanim stały się one nieprawidłowe.

- 3) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu Ubezpieczonego – śmierć Małżonka, której bezpośrednią przyczyną był Zawał serca lub Udar mózgu, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Małżonka musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu w ciągu 30 dni od diagnozy.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania niniejszej Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym

Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku zawieszenia opłacania składki przez okres powyżej 3 miesięcy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zostanie przywrócona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę całkowitą.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionych przez odnośne władze lub Lekarza,
 - d) odpisu skróconego aktu małżeństwa,
 - e) wyniku sekcji zwłok Małżonka, jeśli była przeprowadzana,
 - f) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden

zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego w terminie Składki, Nationale-Nederlanden wzywa Ubezpieczającego do jej zapłaty wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin. Jeśli składka nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego we wskazanym terminie, Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd
Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń
na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r.,
wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

SADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SADR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - e) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia

ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawiania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SADT17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADT17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Małżonek jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 4) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
- 5) **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem że Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - e) dokumentów potwierdzających zajście

- i okoliczności Wypadku komunikacyjnego oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- e) pozostawiania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
- g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- h) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich,

- licencjonowanych linii lotniczych,
- i) wypadku w ruchu wodnym, zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich.
- j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie 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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SCCB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCCB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 3) **„Nowotwór”** – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ) lub Nowotwór łagodny.
- 4) **„Nowotwór złośliwy”** – nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
- 5) **„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.
- 6) **„Nowotwór łagodny”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i niepowodujący przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone

badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy i jajnika, po leczeniu chirurgicznym.

- 7) **„Diagnoza”** – rozpoznanie przez Lekarza Nowotworu objętego zakresem ubezpieczenia, wymienionego w Art. 2 ust.2, poparte wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych – Nowotworów w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) Rak przedinwazyjny piersi
 - b) Rak przedinwazyjny jajnika
 - c) Rak przedinwazyjny trzonu macicy
 - d) Rak przedinwazyjny jajowodu
 - e) Rak przedinwazyjny jądra
 - f) Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 N0M0
 - g) Czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A
 - h) Rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego
 - i) Nowotwór łagodny tarczycy po leczeniu chirurgicznym
 - j) Nowotwór łagodny jajnika po leczeniu chirurgicznym
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia Diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny.

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się badaniom orzecznictwem w autoryzowanych placówkach

medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzecznictwom w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia albo, w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.4, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”) zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
4. W przypadku Diagnozy kilku Nowotworów, o których mowa w Art. 2 ust.2 Nationale-Nederlanden wypłaca świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Nowotworu:
 - karta wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - opinia Lekarza prowadzącego,
 - odpis wyniku badania histopatologicznego,
 - dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku Nowotworu łagodnego lub potwierdzające Diagnozę Nowotworu objętego zakresem Umowy,
 - e) inne dokumenty, w tym dokumenty medyczne, opinie i wyniki badań laboratoryjnych możliwe do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczące zajścia zdarzenia oraz niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Nowotworu, rozpoznanego lub zdiagnozowanego u Małżonka w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, który jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.1 nie stosuje się jeżeli zachorowanie na Nowotwór nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni po Dniu wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1 lub 4 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust.2, zajdzie przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust.2, zajdzie przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek.
6. Ograniczenia odpowiedzialności opisane w ust.5 nie znajdują zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust.2 (piersi,

jajnika, trzonu macicy, jajowodu, jądra) oraz dysplazji szyjki macicy i wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- b) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SCIB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu Poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Małżonka lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 5) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie

pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

- a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV/AIDS, choroba Alzheimera lub demencja, stan wegetatywny/zespół apaliczny, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie mózgu, zaawansowana niewydolność oddechowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofia mięśniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń trzewny układowy, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatość Wegenera, ciężka sepsa, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna, postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
- b) **Grupa II** – zawał serca, operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty, kardiomiopatia,
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu, operacja mózgu,
- d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia, paraliż, utrata kończyn, ciężki uraz mózgu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantcie podstawowym (SCIB17_A) albo w wariantcie rozszerzonym (SCIB17_B) albo w wariantcie pełnym (SCIB17_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących

Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

a) **„Nowotwór (guz) złośliwy”** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.

c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

d) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu

neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,

- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych

e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

f) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Małżonkowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

i) **„Utrata słuchu”** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana

- zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
4. Zakres ubezpieczenia w wariantach rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Małżonka Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:
- a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwsza w życiu operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.
- c) **„Stwardnienie rozsiane”** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.
- d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
- f) **„Schyłkowa niewydolność wątroby”** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.
Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- g) **„Angioplastyka tętnic wieńcowych”** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przeszskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficznie potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.
- h) **„Śpiączka”** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających.
- i) **„Choroba Parkinsona”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Małżonka trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.
- j) **„Choroba Creutzfeldta-Jakoba”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę

neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).

k) „Zakażenie wirusem HIV” – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:

- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
- Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Nationale-Nederlanden w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
- Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

l) „Ciężka sepsa” – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej

jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
- częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Szpitala prowadzącego leczenie.

5. Zakres ubezpieczenia w wariancie pełnym obejmuje wystąpienie u Małżonka Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

- a) „Choroba Alzheimera lub demencja” – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
- b) „Operacja mózgu” – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.
- c) „Kardiomiopatia” – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości

- przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.
- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:
- schyłkowa niewydolność nerek,
 - schyłkowa niewydolność oddechowa,
 - utrata wzroku,
 - utrata słuchu.
- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
 - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - szybko narastająca żółtaczka,
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby). Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.
- g) **„Wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna”** – wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:
- usunięcie całego jelita grubego (okreźnicy),
 - częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.
- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.
- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowa”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) nie wyższe niż 55 mmHg,
 - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwały ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- k) **„Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.
- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - typowy obraz elektromiograficzny,
 - rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- stawy międzypaliczkowe rąk stawy nagarstkowe
 - stawy łokciowe
 - stawy kręgosłupa szyjnego
 - stawy kolanowe
 - stawy stóp
- Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea),
 - zlokalizowanych postaci skleroderмии (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
 - eozynofilowego zapalenia powięzi,
 - zespołu CREST.

s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.

t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:

- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimer'a lub demencji, stanu wegetatywnego/ zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej skleroderмии), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust.3 pkt. j) 12-miesięcznego okresu,
- e) w przypadku wrzodzącego zapalenia jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego

wykonej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

7. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących Poważnych zachorowań:
 - a) Nowotwór złośliwy,
 - b) Łagodny nowotwór mózgu,
 - c) Operacja aorty,
 - d) Operacja zastawek serca,
 - e) Operacja mózgu,
 - f) Kardiomiopatia,
 - g) Przewlekłe zapalenie trzustki,
 - h) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - i) Choroba Leśniewskiego-Crohna.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka i zabiegi, o których mowa w Art. 2 ust.3 -5. .
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty

świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń.

Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:

- a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony zapewni, że na wniosek Nationale-Nederlanden Małżonek podda się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Małżonka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.3-5, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.4 oraz ust.7.
2. Z zastrzeżeniem ust.3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Art. 2 ust.3 pkt. j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem Poważnych zachorowań Małżonka lub zabiegów wskazanych w ust.5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie Małżonka oraz Grupa I.
6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Małżonek zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.

7. Nationale-Nederlanden może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.5.
8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową:
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) wypadku spowodowanego przez Małżonka, jeżeli ten pozostawał w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa.
 - h) Chorobą będącą skutkiem spożywania alkoholu.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
 6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust.4 pkt. a) oraz Art. 5 ust.7.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB17_D (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB17_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SCIB17_D.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB17_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu Poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Poważne zachorowanie na choroby zakaźne”** – schorzenie Małżonka lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących Poważnych zachorowań na choroby zakaźne w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **„Wścieklizna”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
 - zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,

- niedowład lub porażenie,
- skurcze mięśni przełyku,
- wodowstręt,
- majaczenie,
- drgawki,
- niepokój.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
 - wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- b) **„Tężec”** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
 - bolesne skurcze mięśniowe mięśni zuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze.Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek *Clostridium tetani* z miejsca zakażenia lub wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.
 - c) **„Żółta gorączka”** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu

przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
- wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
- wykrycie antygeny wirusa żółtej gorączki,
- wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

d) „**Cholera**” – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygeny O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.

e) „**Gorączka denga**” – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:

- bóle głowy,
- ból pozagałkowy,
- bóle mięśni,
- bóle stawów,
- wysypka,
- objawy krwotoczne,
- leukopenia.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
- co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.

f) „**Dur brzuszny**” – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego *Salmonella typhi*. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:

- bóle głowy,
- względna bradykardia,
- kaszel,
- biegunka, zaparcie, ból brzucha.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.

g) „**Malaria**” – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:

- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
- wykryto kwas nukleinowy *Plasmodium* spp. w krwi lub
- wykryto antygen *Plasmodium* spp.

h) „**Schistosomatoza**” – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.

i) „**Zgorzel gazowa**” – zakażenie przyranne wywołane beztlenową laseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.

j) „**Neuroborelioza**” – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:

- limfocytarne zapalenie opon mózgowodzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia* spp. z materiału klinicznego,
 - znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne.

4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja, obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w Art. 2 ust.2

2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w Art. 2 ust.2.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony zapewni, że na wniosek Nationale-Nederlanden Małżonek podda się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Małżonka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.3.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. Nationale-Nederlanden może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Małżonek zmarł w następstwie Poważnego zachorowania na choroby zakaźne w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania na choroby zakaźne.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania:

- karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
- e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni

wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust.3.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu SHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu SHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 6) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 9) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 10) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 12) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka

zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia

- 13) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Małżonka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia, jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił

do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

4. W czasie karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Małżonka w szpitalu.
- Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Małżonka do szpitala, a kończy w momencie wypisania Małżonka ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - 1 dzień – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu, oraz za dzień wypisania ze Szpitala,
 - 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
- Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
- W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
- Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Małżonka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - karty wypisu ze Szpitala Małżonka,
 - karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w szpitalu Małżonka były następstwem:
 - działań wojennych lub stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - zdarzenia związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - samookaleczenia Małżonka lub okaleczenie Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - pozostawania przez Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

- narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) wszelkich Chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - i) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
 - k) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Małżonka zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - l) Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu Małżonka były:
 - a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym Małżonek uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust.4.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SAHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SAHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 8) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku

nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:

- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Art. 13 ust.10 Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu jest dziennie świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Małżonka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

7. Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Małżonka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego oraz Małżonka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Małżonka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, odpisu aktu małżeństwa Ubezpiezonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu w szpitalu Małżonka były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku SLHB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku SLHB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SLHB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SLHB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Małżonka wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego u niej uszczerbek na zdrowiu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w Art. 4 oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Małżonek na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Małżonek jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Małżonka i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Małżonek doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonej przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wskazane jest, aby po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Małżonek w ciągu 7 dni poddał się opiece lekarskiej, a także podjął działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawiania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Chorobą zawodową Małżonka.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c), ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela orzecznicza dla oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Załącznik do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (LHB17), trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17, oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (SLHB17)

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
58	Złamania żeber:	
	a) złamanie co najmniej dwóch żeber bez zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1
	b) złamanie co najmniej dwóch żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2-5
	c) złamanie co najmniej dwóch żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności	6-10
	d) złamanie co najmniej dwóch żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	e) złamanie co najmniej dwóch żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
	f) złamanie jednego żebra	0,5

Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku AOCB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 1, Art. 3, Art. 5 OWU
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku AOCB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AOCB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem AOCB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 2) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, w wieku do 18 roku życia, urodzone i żywe w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) **„Przysposobienie Dziecka”** – to dobrowolne, uregulowane prawem przybranie dziecka za swoje, gdzie stosunek pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym jest jak między rodzicami a dziećmi. W tym przysposobienie pełne/pełne nierozwiązywalne (całkowite) potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.
- 4) **„Przedstawiciel ustawowy”** – osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych lub posiadającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych wynika z przepisów prawa.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie Dziecka w następstwie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Nationale-Nederlanden rozpocznie wypłacanie świadczenia ubezpieczeniowego na rzecz każdego Dziecka Ubezpieczonego na zasadach określonych poniżej.
2. Świadczenie będzie wypłacane miesięcznie do czasu ukończenia przez Dziecko 18. roku życia.
3. Wysokość miesięcznego świadczenia, przypadającego na każde Dziecko z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu, z zastrzeżeniem Art. 4 ust.2 w odniesieniu do pierwszego wypłacanego świadczenia.
4. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił

- w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
5. Miesięczne świadczenie nie przysługuje Dziecku, które umyślnie przyczyniło się do Nieszczęśliwego wypadku, w skutek którego śmierć poniósł Ubezpieczony.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez właściwe władze lub lekarza;
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - e) prawomocnego postanowienia sądu opiekuńczego orzekającego przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego – w przypadku, gdy świadczenie ma być wypłacone Dziecku przysposobionemu;
 - f) dokumentu potwierdzającego umocowanie do działania w imieniu Dziecka – w przypadku, gdy zgłoszenia dokonuje Przedstawiciel ustawy Dziecka;
 - g) dokumentu potwierdzającego tożsamość Przedstawiciela ustawowego Dziecka;
 - h) orzeczenia kończącego postępowanie sądowe w sprawie lub innych dokumentów dotyczących postępowania w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone postępowanie;
 - i) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia prawa do wypłaty świadczenia.
2. Wypłata pierwszego świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Przy czym pierwsze świadczenie zostanie wypłacone w wysokości odpowiadającej sumie miesięcznych świadczeń za okres od miesiąca następującego po miesiącu w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego do miesiąca, w którym Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o przyznaniu świadczenia, a kolejne miesięczne świadczenia będą wypłacane każdego 1. dnia miesiąca.
3. Nationale-Nederlanden zaprzestanie wypłacania miesięcznego świadczenia od miesiąca następującego po miesiącu, w którym osierocone Dziecko ukończyło 18. rok życia albo w którym nastąpiła śmierć osieroconego Dziecka.
4. Przedstawiciel ustawy Dziecka jest zobowiązany informować Nationale-Nederlanden o okolicznościach

mających wpływ na wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, tj. :

- a) zgonie Dziecka,
- b) zmianie Przedstawiciela ustawowego umocowania do działania w imieniu Dziecka oraz zarządzania majątkiem Dziecka,
- c) zmianie danych adresowych Dziecka.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.

3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CCIB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCIB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Dziecka lub procedura medyczna, której poddało się Dziecko.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.

W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

- a) **Grupa I** – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa,
- b) **Grupa II** – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, pneumokoki,
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących Poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

- a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

- b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu: rozpoznana na podstawie następujących kryteriów:** nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii specjalisty pediatry wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin lub stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
 - konieczność codziennego, przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatry,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrę,

- znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatri jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci dziecka w przypadku, gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci dziecka,
 - konieczność przeciętnie co najmniej trzech hospitalizacji na rok w ciągu ostatnich dwóch lat spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez specjalistę pediatrię,
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF), określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka o tym samym wieku, płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego zaleconego przez specjalistę pediatrię, stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku; wymagane jest potwierdzenie przez leczącego pediatrę optymalnego stosowania się do zaleconego leczenia.
- c) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:** potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- d) **Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu:** zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- f) **Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną:** przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliną jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliną jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza endokrynologa.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- h) **Przeszczep narządu:** przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- i) **Sepsa (sepsis):** zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na przyspieszenie czynności serca, takich jak ból lub działanie leków lub niewytłumaczone innymi przyczynami przyspieszenie czynności serca trwające od 30 minut do 4 godzin; w przypadku dzieci także częstość tętna mieszcząca się w przedziale poniżej 10 percentyla dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na obniżenie czynności serca, w szczególności leków (beta-blokerów) lub wrodzonej wady serca lub niewytłumaczone innymi przyczynami zwolnienie czynności serca trwające ponad 30 minut,
 - temperatura ciała zmierzona w jamie ustnej, odbytnicy lub w dużej żyły powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C,
 - przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków,
 - liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku niewynikająca ze stosowania chemioterapii lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze występujące jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie musi być

potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.

- j) **Inwazyjne zakażenie pneumokokowe:** zakażenie bakteriami *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:
- w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny,
 - w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181. (sto osiemdziesiąty pierwszy) dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza,
 - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

- W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - nowotwór (guz) złośliwy,
 - sepsa,
 - inwazyjne zakażenie pneumokokowe,
 - cukrzyca wymagająca leczenia insuliną,
 - astma,
 - łagodny nowotwór mózgu.
- W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w Art. 2 ust.2.
- W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej

w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w Art. 2 ust.2.

- Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasa w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

- Ubezpieczony zapewni na wniosek Nationale-Nederlanden, że Dziecko zostanie poddane obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Dziecka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
- W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony zapewni, że Dziecko zostanie niezwłocznie poddane opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

- Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.4 oraz ust.6.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. W zależności od rodzaju Poważanego zachorowania lub zabiegu, wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem Poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust.4.
4. Jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Dziecko zmarło w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
6. Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.4.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka:
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku określonego w Art. 4 ust.1 i 2 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania Poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Dziecka.
7. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,

- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust.3a) oraz Art. 5 ust.6.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu CHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu CHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. Miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25 roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 24) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 25) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 26) **„Dzień pobytu w szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 27) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 28) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 29) **„Dzień pobytu w szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 30) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 31) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 32) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 33) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 34) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka

zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia

- 35) „**Dzienne świadczenie szpitalne**” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą,
 - b) pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Dziecka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia, jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

Art. 4 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Dziecka do szpitala, a kończy w momencie wypisania Dziecka ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - b) 1 dzień – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu, oraz za dzień wypisania ze Szpitala,
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Dziecka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.
 - c) karty wypisu ze Szpitala Dziecka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu.
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, który nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - g) udziału Dziecka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,

- h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko,
 - i) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym dziecko Ubezpieczonego uczestniczyło jako dawca narządów lub tkanek,
 - h) Choroby będące skutkiem spożywania alkoholu,
 - i) wszelkie Choroby psychiczne, Wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 4.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne 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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CAHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CAHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 8) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu

- rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
 4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dzielnego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dzielnego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dzielnego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dzielnego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu jest dzielnne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dzielnego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu

- Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Dziecka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dzielnego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Dziecka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) odpisu aktu urodzenia dziecka,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania Dziecka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub

- środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, który nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) udziału Dziecka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu .	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 5 OWU
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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CLHB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CLHB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 18. roku życia.
2. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
3. **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
4. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Dziecka wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
5. **„Uszczerbek na zdrowiu”** – zdarzenie powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku i wskazane

w Załączniku do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka w skutek Nieszczęśliwego wypadku CLHB17.

6. **„Złamanie”** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
7. **„Zwichnięcie”** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Uszczerbek na zdrowiu Dziecka, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Dziecka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Uszczerbku na zdrowiu, jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w Art. 4.
4. Nationale-Nederlanden ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, które

przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Uszczerbek na zdrowiu, którego doznało Dziecko jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.

5. Przy ustalaniu stopnia Uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę Uszczerbków na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do niniejszych Warunków.
6. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Dziecko doznało utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
7. W razie wystąpienia kilku Uszczerbków na zdrowiu w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wartości procentowe Uszczerbków na zdrowiu podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100% Uszczerbku na zdrowiu.
8. Przy orzekaniu Uszczerbku na zdrowiu Dziecka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Dziecko.
9. Wartość przyznanych świadczeń z tytułu kilku Uszczerbków na zdrowiu, które miały miejsce w czasie trwania tego samego roku polisowego i dotyczą tego samego Dziecka nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia. W związku z tym świadczenie z tytułu kolejnego Uszczerbku na zdrowiu tego samego Dziecka nie może być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy wartością Sumy ubezpieczenia, a sumą świadczeń dotychczas wypłaconych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej.
10. Suma ubezpieczenia wskazana w Umowie dodatkowej dotyczy odrębnie każdego Dziecka.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a. wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b. urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c. odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - d. dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Uszczerbku na zdrowiu Dziecka,
 - e. dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - f. innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Dziecko powinno niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków Wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia

ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało Uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a. działań wojennych, stanu wojennego,
 - b. czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c. zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d. samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e. działania Dziecka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f. udziału Dziecka w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g. prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, które nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa'
 - h. usiłowania popełnienia czynu zabronionego przepisami prawa lub popełnienia czynu zabronionego z winy umyślnej przez Dziecko.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało Uszczerbku na zdrowiu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni

- wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało Uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
 4. Jeżeli Uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) w stosunku do danego Dziecka, gdy nastąpi wypłata świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17

Lista Uszczerbków na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego objętych zakresem ubezpieczenia:

Urazy głowy		%	Rany powłok, ścięgien i mięśni		%
D01	Rany skóry głowy wymagające szycia	2	D27	Rany kończyny górnej wymagające szycia	2
D02	Złamanie kości podstawy czaszki	6	D28	Rany kończyny dolnej wymagające szycia	1
D03	Złamanie kości sklepienia czaszki	6	D29	Rany tułowia wymagające szycia	1
D04	Złamanie kości oczodołu	5	D30	Uszkodzenie jednego lub kilku ścięgien	5
D05	Złamanie kości jarzmowych	5	D31	Uszkodzenie jednego lub kilku mięśni	7
D06	Złamanie kości szczękowych	5	Skręcenia		%
D07	Złamanie żuchwy	4	D32	Skręcenie stawu skokowego	2
D08	Złamanie kości nosa	4	D33	Skręcenie stawu kolanowego	3
D09	Złamanie przegrody nosa	3	D34	Skręcenie kręgosłupa szyjnego	5
D10	Wstrząśnienie mózgu	8	D35	Skręcenie kręgosłupa piersiowego	5
D11	Słuczenie mózgu	40	D36	Skręcenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	5
D12	Krwiaki wewnątrzczaszkowe	60	Zwichnięcia		%
D13	Rany powiek wymagające szycia	3	D37	Zwichnięcie stawu ramiennego	6
D14	Rany spojówek	2	D38	Zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego	6
D15	Erozja rogówki	4	D39	Zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego	6
D16	Uszkodzenie kanaliką łzowego	7	D40	Zwichnięcie stawu łokciowego	5
D17	Zranienie gałki ocznej z perforacją	25	D41	Zwichnięcie nadgarstka	3
D18	Rany twarzy wymagające szycia	3	D42	Zwichnięcie stawu biodrowego	6
D19	Rany szyi wymagające szycia	3	D43	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
D20	Rany ucha wymagające szycia	3	D44	Zwichnięcie stawu skokowego	3
D21	Rany wargi wymagające szycia	3	Złamania		%
D22	Rany języka wymagające szycia	3	D45	Złamanie kręgosłupa – trzonu lub łuku kręgowego – jednego kręgu	5
D23	Utrata zęba stałego	1	D46	Złamanie kręgosłupa – wyrostków poprzecznych, stawowych, kolczystych -jednego kręgu	3
D24	Uszkodzenie błony bębenkowej	5	D47	Złamanie obojczyka	5
Ciała obce		%	D48	Złamanie mostka	4
D25	Ciało obce w drogach oddechowych wymagające usunięcia	8			
D26	Ciało obce w przełyku wymagające usunięcia	8			

D49	Złamanie jednego zębra	2
D50	Złamanie łopatki	8
D51	Złamanie kości ramiennej	10
D52	Złamanie kości łokciowej	8
D53	Złamanie kości promieniowej	8
D54	Złamanie jednej lub kilku kości nadgarstka	5
D55	Złamanie jednej lub kilku kości śródreżcza	3
D56	Złamanie jednego palca – środkowy, serdeczny, mały	2
D57	Złamanie kciuka	3
D58	Złamanie wskaziciela	2
D59	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej) – z przerwaniem ciągłości obręczy	20
D60	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej) bez przerwania ciągłości obręczy	10
D61	Złamanie kości guzicznej	4
D62	Złamanie kości udowej	12
D63	Złamanie kości piszczelowej	10
D64	Złamanie strzałki	3
D65	Złamanie kości piętowej	5
D66	Złamanie kości skokowej	5
D67	Złamanie jednej lub kilku innych kości stępu (łódkowatej, sześcienniej lub klinowatych)	4
D68	Złamanie jednej lub kilku kości śródstopia	4
D69	Złamanie palucha	2
D70	Złamanie jednego lub kilku palców stopy (od drugiego do piątego)	2

Urazy narządów **%**

D71	Uszkodzenie gardła	8
D72	Uszkodzenie przełyku	20
D73	Uszkodzenie żołądka	15
D74	Uszkodzenie dwunastnicy	15
D75	Uszkodzenie jelita lub krezki jelita	15
D76	Uszkodzenie sieci	15
D77	Uszkodzenie krtani	12
D78	Uszkodzenie tchawicy	12
D79	Uszkodzenie opłucnej, odma opłucnowa	12
D80	Uszkodzenie płuca	15
D81	Uszkodzenie serca	40
D82	Uszkodzenie przepony	15
D83	Uszkodzenie wątroby	15

D84	Uszkodzenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych	15
D85	Uszkodzenie trzustki	15
D86	Uszkodzenie śledziony	10
D87	Uszkodzenie odbytnicy lub odbytu	10
D88	Uszkodzenie nerek	15
D89	Uszkodzenie krocza, narządów płciowych	8
D90	Uszkodzenie pęcherza	8
D91	Uszkodzenie moczowodów lub cewki moczowej	8

Oparzenia **%**

D92	Oparzenia – II stopnia obejmujące <2 % powierzchni ciała	2
D93	Oparzenia – II stopnia obejmujące 2 – 10 % powierzchni ciała	4
D94	Oparzenia –II stopnia obejmujące 11 -15 % i III stopnia obejmujące < 5 % powierzchni ciała	10
D95	Oparzenia -II stopnia obejmujące 16-25 % powierzchni ciała oraz III stopnia obejmujące 5- 10 %,wszystkie oparzenia obejmujące twarz, ręce, oczy, uszy, stopy i krocze	20
D96	Oparzenia –II stopnia obejmujące > 25 % powierzchni ciała oraz III stopnia obejmujące > 10 % powierzchni ciała	40

Odmrożenia **%**

D97	Odmrożenia w stopniu II lub wyższym obejmujące jeden palec ręki lub jeden palec stopy	1,5
D98	Odmrożenia w stopniu II lub wyższym obejmujące więcej niż jeden palec ręki lub jeden palec stopy	4
D99	Odmrożenia w stopniu II lub wyższym obejmujące nos lub ucho	4

Skontaktuj się z nami:

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

 **www.nn.pl**

 **info.grupowe@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**

11.04.2023