

„Ochrona Dziecka”

Ogólne warunki umowy
dodatkowej
OWU/CRP1/1/2015

Spis treści

Ogólne warunki Umowy dodatkowej „Ochrona Dziecka” nr OWU/CRP1/1/2015	4
Art. 1 Definicje.....	4
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	6
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	8
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej. Szczególne warunki Umowy dodatkowej.....	9
Art. 5 Czas trwania Umowy dodatkowej.....	9
Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej.....	9
Art. 7 Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej..	10
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	10
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dziecka	10
Art. 10 Składka za Umowę dodatkową.....	11
Art. 11 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób realizacji świadczeń.....	11
Art. 12 Wypłata świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa	12
Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu oraz pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze.....	14
Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu operacji.....	14
Art. 15 Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania.....	15
Art. 16 Przejęcie opłacania składek przez Ubezpieczyciela	16
Art. 17 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych	16
Art. 18 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku	16
Art. 19 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące pobytu w szpitalu i operacji.....	17
Art. 20 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące poważnego zachorowania.....	17
Art. 21 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej.....	17
Art. 22 Zmiana treści Warunków.....	17
Art. 23 Techniczna stopa procentowa	18
Art. 24 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy ubezpieczenia	18
Art. 25 Wejście w życie Warunków	18
Załącznik nr 1	19
Załącznik nr 2	20

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej
„Ochrona Dziecka”
Nr OWU/CRP1/1/2015 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art.3, Art.4, Art. 5, Art. 9, Art. 11, Art. 12, Art. 13, Art. 14, Art. 15 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art.3, Art. 13 Art. 14, Art. 15 , Art. 17, Art. 18, Art. 19, Art. 20 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, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej „Ochrona Dziecka” nr OWU/CRP1/1/2015

Komentarze w ramkach – czemu służą i jaki mają charakter?

Podobnie jak w przypadku Warunków Umowy ubezpieczenia stosujemy komentarze w ramkach, które objaśniają kluczowe dla zrozumienia tego ubezpieczenia zapisy.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej „Ochrona Dziecka” mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: CRP1.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej (dalej: Warunki) oraz w dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa Ochrona Dziecka, oznaczona kodem: CRP1.
2. **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa ubezpieczenia na życie oznaczona kodem: REN1.
3. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczony z Umowy ubezpieczenia, którego zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczone dziecko”** – dziecko, którego zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej, wskazane przez Ubezpieczającego.
5. **„Wiek Ubezpieczonego dziecka”** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego dziecka w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.
6. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
7. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w Załączniku nr 1 do Warunków oraz w Dokumencie ubezpieczenia odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą do obliczenia kwoty świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach. Suma ubezpieczenia jest niezmienna w czasie trwania Umowy dodatkowej.
8. **„Składka za Umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
9. **„Trwałe inwalidztwo całkowite”** – bezterminowe, całkowite i nieodwracalne naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego dziecka, które powoduje konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku.
10. **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała (nie dotyczy: całkowitej utraty wzroku w obu oczach, całkowitej utraty wzroku w jednym oku, całkowitej utraty słuchu w obu uszach, całkowitej utraty słuchu w jednym uchu oraz utraty mowy).
11. **„Trwałe inwalidztwo częściowe”** – Utrata ramienia, przedramienia, dłoni, kciuka, wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk), wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk), poszczególnych palców u dłoni, nogi, podudzia, obu podudzi, stopy, wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem), dużego palca u stopy, całkowita utrata wzroku w obu oczach, całkowita utrata wzroku w jednym oku, całkowita utrata słuchu w obu uszach, całkowita utrata słuchu w jednym uchu oraz utrata mowy.

12. „**Trwałe inwalidztwo**” – Trwałe inwalidztwo częściowe lub Trwałe inwalidztwo całkowite.
13. „**Lekarz**” – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
14. „**Szpital**” – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa 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 w szczególności: 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.
15. „**Operacja**” – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym 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 urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operację wymienione w Załączniku nr 2 do Warunków. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku nr 2 do Warunków.
16. „**Pobyt w Szpitalu**” – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. W rozumieniu Warunków za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
17. „**Dzień Pobytu w Szpitalu**” – każdy ukończony dzień kalendarzowy Pobytu w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
18. „**Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze**” – Pobyt w Szpitalu który trwał nieprzerwanie do końca 14. Dnia Pobytu w Szpitalu (do godz. 24.00); uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu przerywa bieg tego 14-dniowego terminu.
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.
20. „**Choroba psychiczna**” – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
21. „**Poważne zachorowanie**” – nowotwór (guz) złośliwy, astma (dychawica oskrzelowa), bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, łagodny nowotwór mózgu, niewydolność nerek, sepsa, inwazyjne zakażenie pneumokokowe, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, przeszczepienie narządów.
22. „**Postępowanie terapeutyczne**” – postępowanie mające na celu przywrócenie zaburzonych na skutek Nieszczęśliwego wypadku funkcji poszczególnych organów.
23. „**Wady wrodzone**” – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
24. „**Niezdolność do samodzielnej egzystencji**” – trwająca nieprzerwanie przez okres minimum 12 miesięcy stwierdzona przez Lekarza niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie, ubieranie, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uważa się także całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku lub co najmniej dwóch kończyn, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
25. „**Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego**”:
 - a) w przypadku Trwałego inwalidztwa – dzień wystąpienia Trwałego inwalidztwa,
 - b) w przypadku Pobytu w Szpitalu – pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego, a w przypadku Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze – koniec 14. dnia nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu,
 - c) w przypadku Operacji – dzień przeprowadzenia Operacji,
 - d) w przypadku Poważnego zachorowania:
 - dzień postawienia diagnozy przez Lekarza – dla 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,
 - w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181. dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza,
 - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu

- operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpiezonego dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- e) w przypadku niezdolności Ubezpieczającego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolności do samodzielnej egzystencji
- ostatni dzień 12-miesięcznego okresu:
 - nieprzerwanej, całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, która została potwierdzona zwolnieniami lekarskimi za okres pierwszych 6 miesięcy i świadczeniem rehabilitacyjnym lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych za okres kolejnych 6 miesięcy,
 - nieprzerwanej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

- d) Poważne zachorowanie Ubezpiezonego dziecka:
- 1) Nowotwór (guz) złośliwy: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b NO MO lub wyższym,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - 2) Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu: astma oskrzelowa rozpoznana w sposób jednoznaczny przez Lekarza pulmonologa, spełniająca minimum 3 z podanych poniżej kryteriów:
 - konieczność codziennego przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy zgodnie z zaleceniem Lekarza,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez Lekarza,
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii Lekarza jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost Ubezpiezonego dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci Ubezpiezonego dziecka w przypadku, gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju Ubezpiezonego dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym, odpowiednio do wieku i płci Ubezpiezonego dziecka),
 - konieczność co najmniej trzech hospitalizacji w roku w ostatnim okresie dwuletnim, spowodowana

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

W tym artykule określono m.in., w jakich sytuacjach Towarzystwo wypłaci świadczenie. Niektóre zdarzenia są bardziej szczegółowo opisane. Warto zwrócić uwagę na te szczegóły oraz zapoznać się z artykułami, w których określono sytuacje nieobjęte ubezpieczeniem.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego dziecka oraz zdrowie Ubezpieczającego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Trwałe inwalidztwo Ubezpiezonego dziecka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w czasie trwania Umowy dodatkowej; zdarzeniem ubezpieczeniowym w rozumieniu Warunków jest tylko takie Trwałe inwalidztwo, które wystąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Pobyt w Szpitalu Ubezpiezonego dziecka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce w czasie trwania Umowy dodatkowej, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Operację Ubezpiezonego dziecka spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w czasie trwania Umowy dodatkowej, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

- ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się Pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez Lekarza,
- znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow – PEF) określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla Ubezpieczonego dziecka o tym samym wieku, płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwnastmatycznego zaleconego przez Lekarza pulmonologa, stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku,
 - przebycie w okresie ostatnich dwóch lat stanu astmatycznego, z powodu którego była konieczna hospitalizacja, w trakcie której Ubezpieczone dziecko zostało zaintubowane i stosowano wentylację mechaniczną.
- 3) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodująca trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa.
 - 4) 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 Lekarza neurologa.
 - 5) Łagodny nowotwór mózgu: wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarninaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwawiaków mózgu).
 - 6) Cukrzyca wymagająca leczenia insuliny: przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliny jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliny jest stosowane przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy przed złożeniem wniosku o wypłatę świadczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez Lekarza endokrynologa.
 - 7) Niewydolność nerek: schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
 - 8) Przeszczep narządu: przeszczepienie Ubezpieczoneму dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroby, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po przedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
 Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy szpiku, które nie zostały poprzedzone całkowitą ablacją (zniszczeniem) własnego szpiku biorcy.
 - 9) Sepsa (sepsis): zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną i charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze występujące jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie sepsy powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej ze Szpitala, w którym było leczone Ubezpieczone dziecko.

10) Inwazyjne zakażenie pneumokokowe: pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae* lub *Pneumococcus*) o dużym nasileniu objawów chorobowych występujące u Ubezpieczonego dziecka, przebiegające pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ropnia mózgu, zapalenia kości i szpiku (osteomyelitis), zapalenia stawów, wsierdza, osierdza, zapalenia otrzewnej, ucha środkowego, zapalenia płuc oraz sepsy pneumokokowej, pozostawiające trwałe następstwa: całkowitą lub częściową utratę słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenia lub inne trwałe ubytki neurologiczne.

- Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zakażenia pneumokokowe o lekkim przebiegu, nieopiekłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe. Rozpoznanie inwazyjnego zakażenia pneumokokowego oraz jego trwałych następstw powinno być jednoznacznie potwierdzone diagnozą oraz wynikami badań, w tym bakteriologicznych zawartych w dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia wydanej przez ośrodek prowadzący leczenie.
- e) niezdolność Ubezpieczającego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolność Ubezpieczającego do samodzielnej egzystencji spowodowane wypadkiem lub chorobą, pod warunkiem że:
- niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolność do samodzielnej egzystencji utrzymują się po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - Ubezpieczającemu przyznano świadczenie rehabilitacyjne lub orzeczono całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych; w przypadku gdy z przyczyn formalnych, niezależnych od stanu zdrowia Ubezpieczającego nie jest możliwe wydanie orzeczenia, o którym mowa wyżej, decyzję o uznaniu Ubezpieczającego za całkowicie niezdolnego do jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub samodzielnej egzystencji podejmuje Ubezpieczyciel na podstawie dokumentacji medycznej. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone

jest niezdolność Ubezpieczającego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolność do samodzielnej egzystencji spowodowana chorobą psychiczną.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Dokumentie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki za Umowę ubezpieczenia powiększonej o Składkę za Umowę dodatkową. Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień, w którym bank, operator pocztowy albo w przypadku pierwszej Składki – osoba wskazana przez Ubezpieczyciela, potwierdzili przyjęcie tej Składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5, 6, 7.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej 24 godziny na dobę na całym świecie, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu i Operacji. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przez całą dobę za Pobyt w Szpitalu i Operację, które miały miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Odpowiedzialność z tytułu Trwałego inwalidztwa spowodowanego Niešťęśliwym wypadkiem wygasa:
 - a) z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) jeżeli kwota świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niezdolności Ubezpieczającego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 ust. 2 pkt e, wygasa w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczającego 65 lat. Wygaśnięcie odpowiedzialności nie dotyczy niezdolności Ubezpieczającego do samodzielnej egzystencji.
7. Jeżeli Poważne zachorowanie, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należało do Grupy I, o której mowa w art. 14 ust. 2, to odpowiedzialność z tytułu Poważnego

zachorowania wygasa. Jeżeli Poważne zachorowanie, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należało do Grupy II lub III, o której mowa w art. 14 ust. 2, to z dniem wypłaty świadczenia zostaje wyłączona odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich Poważnych zachorowań należących do tej samej grupy oraz wszystkich Poważnych zachorowań należących do Grupy I.

8. Ubezpieczone dziecko może być objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wyłącznie jednej Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków. W przypadku zawarcia więcej niż jednej Umowy dodatkowej na rzecz Ubezpieczonego dziecka Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Umowy dodatkowej.

Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej. Szczególne warunki Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową ubezpieczenia albo w czasie trwania Umowy ubezpieczenia (dalej: dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą Ubezpieczyciela.
3. Dokupienie Umowy dodatkowej może nastąpić w Rocznicę polisy. Wniosek o dokupienie należy złożyć na 30 dni przed Rocznicą polisy.
4. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczone dziecko zobowiązane jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych. Przeprowadzenie badań Ubezpieczonego dziecka jest możliwe jedynie za zgodą rodzica albo innego prawnego opiekuna Ubezpieczonego dziecka.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
6. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest opłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich Składek za Umowę ubezpieczenia zaległych w dniu złożenia Ubezpieczycielowi wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
7. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczone dziecko ukończyło 6 miesięcy i nie ukończyło 14 lat.

Art. 5 Czas trwania Umowy dodatkowej

Na jaki okres zawierana jest Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres pięcioletni. Jeżeli po tym okresie będziesz chciał dalej korzystać z ochrony, jaką ona daje, wystarczy przyjąć propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej jaką przekaże Ci Ubezpieczyciel.

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Umowa dodatkowa nie może się kończyć później niż w dniu najbliższej Rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczone dziecko 18 lat.
3. Umowa dodatkowa może zostać przedłużona na okres nie krótszy niż 3 lata, o ile ze względu na wiek Ubezpieczonego dziecka nie jest możliwe jej przedłużenie na okres 5 lat.
4. Umowa dodatkowa nie może kończyć się później niż Umowa ubezpieczenia.

Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej

W jaki sposób następuje przedłużenie Umowy dodatkowej?

Przed wygaśnięciem Umowy dodatkowej otrzymasz od nas informację o możliwości i warunkach jej przedłużenia.

Przykład:
Umowa dodatkowa została zawarta, gdy dziecko miało 10 lat. „Teraz dziecko ma 15 lat, więc Umowa dodatkowa zostanie przedłużona maksymalnie do rocznicy polisy przypadającej po 18 urodzinach dziecka, czyli na okres 3 lat.

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej Nationale-Nederlanden może przekazać Ubezpieczającemu propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej wraz z informacją o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile Ubezpieczający nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej w sposób opisany poniżej, przedłużenie następuje w dniu następnym po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaże Ubezpieczającemu propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej objęte jest to samo Ubezpieczone dziecko.

4. Nowa składka jest ustalana stosownie do aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia zgodnie z aktualną taryfą Nationale-Nederlanden.
5. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

Art. 7 Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia przekazanej przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela najpóźniej 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli Ubezpieczający przekaze do Ubezpieczyciela informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiedzania umów dodatkowych opisanych w Warunkach.
3. Ubezpieczający może przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy dodatkowej, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w Dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą umową.

Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dziecka

Jakie obowiązki wynikają z zawartej umowy?

W tym artykule określono obowiązki, jakie spoczywają na osobie, która zawarła umowę, oraz na ubezpieczonym dziecku. Szczególną uwagę należy zwrócić na sytuację, w której osoba, opłacająca składkę nie jest rodzicem ani opiekunem prawnym ubezpieczonego dziecka.

W tym przypadku spoczywają na niej dodatkowe obowiązki wynikające między innymi z konieczności poinformowania rodzica lub opiekuna o objęciu dziecka ubezpieczeniem i udostępnienia warunków umowy dodatkowej.

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczone dziecko, w imieniu którego występuje rodzic albo inny prawny opiekun Ubezpieczonego dziecka, jest zobowiązane do udzielenia przed zawarciem Umowy dodatkowej zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie lub dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu dziecku oraz odpowiednio rodzicowi albo innemu prawnemu opiekunowi Ubezpieczonego dziecka informacji otrzymanych od Ubezpieczyciela dotyczących:
 - a) zmiany warunków Umowy dodatkowej lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej,
 - b) zmiany wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej,
 - c) zmiany Sum ubezpieczenia.
5. Informacje, o których mowa w ust. 4, powinny być przekazane Ubezpieczonemu dziecku oraz odpowiednio rodzicowi albo innemu prawnemu opiekunowi Ubezpieczonego dziecka pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa dla niej właściwego – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 4 pkt a,
 - b) niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 4 pkt b-c.
6. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu dziecku oraz odpowiednio rodzicowi albo innemu prawnemu opiekunowi Ubezpieczonego dziecka informacji zgodnie z ust. 4 i 5, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego dziecka odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do poinformowania Ubezpieczonego dziecka, a także jego rodzica albo innego prawnego opiekuna o objęciu Ubezpieczonego dziecka ochroną ubezpieczeniową oraz do udostępnienia tym osobom Warunków. W szczególności Ubezpieczający informuje odpowiednio rodzica albo innego prawnego opiekuna Ubezpieczonego dziecka o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego dziecka, które mogą być wykonywane jedynie przy jego udziale.

8. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczone dziecko oraz rodzic albo inny prawny opiekun tego dziecka powinni starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie Ubezpieczonego dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu.
9. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczone dziecko ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczone dziecko doznało i pozostaje w stanie Trwałego inwalidztwa w trakcie rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia. Przeprowadzenie badań Ubezpieczonego dziecka jest możliwe jedynie za zgodą rodzica albo innego prawnego opiekuna Ubezpieczonego dziecka.
10. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczone dziecko ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej bądź badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego dziecka jest objęte zakresem ubezpieczenia. Koszty tych badań lub obserwacji ponoszone są przez Ubezpieczyciela. Przeprowadzenie badań Ubezpieczonego dziecka jest możliwe jedynie za zgodą rodzica albo innego prawnego opiekuna Ubezpieczonego dziecka.

Art. 10 Składka za Umowę dodatkową

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze Składką za Umowę ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do Sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składki za Umowę ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 11 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób realizacji świadczeń

W jaki sposób poinformować o zajściu zdarzenia?

Poniżej opisaliśmy, co należy zrobić oraz jakie dokumenty przedstawić, aby wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowej mogła nastąpić jak najszybciej. Świadczenie zostanie wypłacone rodzicowi lub innemu prawnemu opiekunowi dziecka, chyba że dziecko ukończyło 18 lat.

1. Ubezpieczyciel powinien zostać pisemnie zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego należne Ubezpieczonemu dziecku zostanie wypłacone rodzicowi albo innemu prawnemu opiekunowi Ubezpieczonego dziecka. Jednakże w przypadku gdy Ubezpieczone dziecko najpóźniej w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ukończy 18 lat, świadczenie jest wypłacane Ubezpieczonemu dziecku.
3. Podstawą do wypłaty świadczenia jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony przez rodzica albo opiekuna prawnego Ubezpieczonego dziecka w imieniu Ubezpieczonego dziecka wraz z:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia osoby występującej z tym wnioskiem,
 - b) skróconym odpisem aktu urodzenia Ubezpieczonego dziecka – w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę występuje rodzic albo opiekun prawny Ubezpieczonego dziecka,
 - c) innymi dokumentami, w tym dokumentami medycznymi, niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
 Wniosek o wypłatę świadczenia może być złożony przez Ubezpieczone dziecko w przypadku, gdy najpóźniej w dniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia Ubezpieczone dziecko ukończy 18 lat.
4. Podstawą do spełnienia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt e, jest wniosek złożony przez Ubezpieczającego wraz z:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczającego,
 - b) zwolnieniami lekarskimi potwierdzającymi nieprzerwaną niezdolność Ubezpieczającego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej za okres pierwszych 6 miesięcy niezdolności,
 - c) decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych za okres powyżej 6. miesiąca,

- d) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej podstawą złożenia wniosku o spełnienie świadczenia,
 - e) w przypadku wypadku – dokumentacji potwierdzającej zajście i okoliczności tego wypadku,
 - f) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
5. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego podstawą do wypłaty świadczenia są także dokumenty, o których mowa w art. 12 ust. 10, art. 13 ust. 10, art. 14 ust. 5, art. 15 ust. 6.
6. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 3, 4 i 5 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, 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 Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
7. Spełnienie świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
8. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy spełnienia świadczenia osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 12 Wypłata świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa

Kiedy i na jakich zasadach wypłacone zostanie świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa?

Ten artykuł opisuje zasady obliczania świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa. Prosimy o zwrócenie uwagi na tabelę dotyczącą trwałego inwalidztwa częściowego oraz dokumenty, które należy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia.

1. Ubezpieczone dziecko nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe:
 - a) Sumie ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z tabelą zamieszczoną w ust. 7 – w przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego.
3. W przypadku Trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy Trwałe inwalidztwo nastąpiło po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo, miał miejsce w czasie trwania Umowy dodatkowej.
4. Jeżeli Trwałe inwalidztwo nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe:
 - a) Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy – w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy – w przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego.
5. Wskazane jest, by uprawniony do świadczenia złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego lub częściowego po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.
6. Jeżeli Ubezpieczone dziecko reprezentowane jest przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, zalecenie, o którym mowa w ust. 5, dotyczy odpowiednio takiego przedstawiciela lub opiekuna.
7. W przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Trwale inwalidztwo częściowe	% 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 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%

przy czym:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 słyszycym 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.

- d) 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.
- e) 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 wyłączona jest utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.

8. W przypadku Utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny, kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej z wartości świadczenia należnego za jedną z utraconych części ciała.
9. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych.
10. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 3, oraz
 - b) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie trwałego inwalidztwa będącego podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia,

- c) dokumentami potwierdzającymi zajęcie i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
11. Wpłata świadczenia nastąpi po zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia w terminie wskazanym w art. 11 ust. 7.

Art. 13 Wpłata świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu oraz pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze

Kiedy i na jakich zasadach wypłacone zostanie świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu?

Wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu zależy od sumy ubezpieczenia oraz tego, jak długo dziecko przebywało w szpitalu. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli pobyt w szpitalu trwał przynajmniej 3 dni i nie więcej niż 180 dni w danym roku polisowym. Zachęcamy do sprawdzenia definicji dnia pobytu w szpitalu w art. 1. Prosimy też o zwrócenie uwagi na dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia.

1. Ubezpieczone dziecko nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Świadczeniem z tytułu Pobytu w Szpitalu jest wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi:
 - a) 1,2% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego za pierwszych 14 dni Pobytu w Szpitalu,
 - b) 0,6% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego za pozostałe dni Pobytu w Szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, który, wliczając dzień przyjęcia do Szpitala, trwał nie mniej niż 3 kolejne dni. Maksymalna liczba dni, za które Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu jednego Roku polisowego, wynosi 180 dni.
5. Wysokość świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze wynosi 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W każdym Roku polisowym uprawnionemu do świadczenia przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze.
6. Przeniesienie do innego Szpitala w wykonaniu zalecenia uprawnionego Lekarza lub Lekarki lub czasowa nieobecność w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu w Szpitalu.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
8. Uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu nie może trwać dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie

jednego Pobytu w Szpitalu.

9. W przypadku gdy Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 30 dni i trwa nadal, uprawniony do świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu. Po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu trwa nadal, uprawniony do świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za kolejnych co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu.
10. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 10 ust. 3,
 - b) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego dziecka do innego Szpitala – kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczone dziecko przebywało,
 - c) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - d) dokumentów potwierdzających zajęcie i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
11. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o Pobycie Ubezpieczonego dziecka w Szpitalu w ciągu 30 dni od wyjścia Ubezpieczonego dziecka ze Szpitala. Zawiadomienie to następuje poprzez przesłanie wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w art. 11 ust. 3.

Art. 14 Wpłata świadczenia z tytułu operacji

Jak obliczane jest świadczenie z tytułu operacji?

Świadczenie wypłacane w przypadku operacji dziecka zależy od Sumy ubezpieczenia oraz kategorii tej operacji. Wszystkie operacje objęte ubezpieczeniem oraz ich kategorie zawiera Załącznik nr 2 do Warunków.

1. Ubezpieczone dziecko nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu Operacji jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

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

*Kategoria najwyższa – „1”

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik nr 2 do Warunków.

3. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji oznaczonej w Załączniku nr 2 do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeśli w ciągu jednego dnia Pobytu w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 2.
4. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji przeprowadzonych w ciągu tego samego Roku polisowego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 3,
 - b) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala),
 - c) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o Operacji Ubezpieczonego dziecka w ciągu 30 dni od wyjścia Ubezpieczonego dziecka ze Szpitala. Zawiadomienie to następuje poprzez przesłanie wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w art. 11 ust. 3.

Art. 15 Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania

Na co należy zwrócić uwagę w przypadku poważnego zachorowania?

Poważne zachorowania objęte ubezpieczeniem zostały szczegółowo opisane w art. 2 ust. 2d). Poniżej przedstawiamy ich podział na trzy grupy. Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania należącego do danej grupy powoduje ograniczenie bądź wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poważnych zachorowań. Informacje na ten temat znajdziesz w artykule: „Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela”.

Prosimy również o zwrócenie uwagi na dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia.

1. Ubezpieczone dziecko nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 wysokość świadczenia jest równa Sumie ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Wypłata świadczenia powoduje zmianę zakresu

ubezpieczenia albo wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego zachorowania. Ze względu na skutki wypłaty świadczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym, Poważne zachorowania zostały podzielone na trzy grupy:

- Grupa I – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliny, sepsa,
 - Grupa II – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, inwazyjne zakażenie pneumokokowe,
 - Grupa III – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.
3. Ubezpieczonemu dziecku zostanie wypłacone świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 5.
 4. Jeżeli Poważne zachorowanie należy do Grupy I, to Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania. Jeżeli Poważne zachorowanie należy do Grupy II lub III, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu dziecku maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych Poważnych zachorowań.
 5. Jeżeli Poważne zachorowanie, o którym mowa w art. 2 ust. 2 d pkt 1 lub pkt 5, tj. nowotwór (guz) złośliwy lub łagodny nowotwór mózgu, zajdzie przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej po raz pierwszy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie Składek za Umowę dodatkową opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 3, oraz
 - a) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala),
 - b) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - c) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
 7. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o Poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego dziecka w ciągu 180 dni od jego wystąpienia. Zawiadomienie to następuje poprzez przesłanie wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w art. 11 ust. 3.

Art. 16 Przejęcie opłacania składek przez Ubezpieczyciela

Kiedy Nationale-Nederlanden przejmie opłacanie składek?

Przejęcie opłacania składek za Umowę ubezpieczenia oznacza również przejęcie opłacania składek za Umowę dodatkową. Dzięki temu w przypadku Twojej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji dziecko nadal będzie objęte ochroną ubezpieczeniową.

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt e, Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek za Umowę dodatkową od terminu płatności Składki za Umowę ubezpieczenia następującego po Dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie Składek za Umowę dodatkową na czas określony. Ubezpieczający otrzymuje pisemną informację o długości okresu przejścia opłacania Składek za Umowę dodatkową. Jeżeli niezdolność Ubezpieczającego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej nastąpiła przed 65. rokiem życia Ubezpieczającego i utrzymuje się po tym dniu, Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek do ustąpienia niezdolności.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający powinien starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu.
4. Do momentu przejścia opłacania Składek za Umowę dodatkową przez Ubezpieczyciela obowiązek ich opłacania spoczywa na Ubezpieczającym.
5. W terminie 30 dni, licząc od dnia przejścia opłacania Składek za Umowę dodatkową, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zwrócenia Ubezpieczającemu Składki za Umowę dodatkową lub jej wielokrotności opłaconej przez Ubezpieczającego po Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczający może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 17 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych

Kiedy Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności?

Podobnie jak w Umowie ubezpieczenia także w umowie dodatkowej odpowiedzialność Nationale-Nederlanden podlega pewnym ograniczeniom. W niektórych sytuacjach Nationale-Nederlanden nie wypłaci pieniędzy, dlatego warto zapoznać się z wyłączeniami opisanymi poniżej oraz w kolejnych artykułach.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego dziecka lub Ubezpieczającego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) poddania się przez Ubezpieczone dziecko lub Ubezpieczającego zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - f) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego dziecka lub Ubezpieczającego niezależnie od stanu jego poczytalności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki za Umowę ubezpieczenia łącznie ze Składką za Umowę dodatkową w terminie 30 dni, licząc od dnia następnego po terminie płatności, i zdarzenie ubezpieczeniowe lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe, nastąpi po upływie ww. terminu.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe lub Nieszczęśliwy wypadek zajdzie w okresie zawieszenia opłacania Składki za Umowę ubezpieczenia.

Art. 18 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, zaszedł bezpośrednio na skutek

udziału w ogólnokrajowych lub międzynarodowych zawodach sportowych.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był spowodowany lub zaszedł w bezpośrednim następstwie:
 - a) pozostawania dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - b) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - c) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
 - d) prowadzenia pojazdu przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, a która nie była do tego uprawniona lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami prawa polskiego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczone dziecko nie przestrzegało zaleceń Lekarza wydanych w celu usunięcia lub złagodzenia skutków Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 19 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące pobytu w szpitalu i operacji

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia:
 - a) 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 nr 2 do Warunków,
 - b) jeżeli Operacja została przeprowadzona lub Pobyt w Szpitalu rozpoczął się po 60. dniu, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu lub Operacji Ubezpieczonego dziecka były:
 - a) leczenie lub kontynuacja leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,
 - b) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczone dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

Art. 20 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dotyczące poważnego zachorowania

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego dziecka było spowodowane lub zaszło w następstwie zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka rozpoznanego przed Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego dziecka będąca następstwem Poważnego zachorowania nastąpi w terminie 30 dni od dnia zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 21 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania Dokumentu ubezpieczenia (zawarcia Umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem Miesiąca polisowego następującego po Miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową z ważnych przyczyn wskazanych w art. 22. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy.
4. Ponadto Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy dodatkowej w dowolnym czasie w razie stwierdzenia naruszenia obowiązku wskazanego w art. 9 ust. 2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o jej wypowiedzeniu.
5. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
6. Umowa dodatkowa wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego dziecka lub Ubezpieczającego.
7. Umowa dodatkowa wygasa z dniem przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

Art. 22 Zmiana treści Warunków

1. Warunki mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest:
 - a) zmiana lub wprowadzenie nowych

powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej zawartej na podstawie Warunków;

b) wydanie:

- wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
- orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
- orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny,

o ile zdarzenia te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej zawartej na podstawie Warunków.

3. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.

Art. 23 Techniczna stopa procentowa

Stopa techniczna nie ma zastosowania w odniesieniu do Umowy dodatkowej.

Art. 24 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy ubezpieczenia

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy ubezpieczenia.

Art. 25 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2015 z dnia 17 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełońska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego dziecka	20 000 zł
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego dziecka	20 000 zł
Operacja Ubezpieczonego dziecka	20 000 zł
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego dziecka	20 000 zł

Załącznik nr 2

Lista operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 – A05)

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

A12	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	Kategoria III
A13	Rewizja wentrykulostomii	Kategoria III
A17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	Kategoria III
A22	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	Kategoria II

Nerwy czaszkowe (A24 – A31)

A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	Kategoria I
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II

Opony mózgowe (A38 – A42)

A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I

A42	Operacje krwiała nad- i podoponowego	Kategoria II
-----	--------------------------------------	--------------

Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 – A57)

A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A57	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	Kategoria I

Nerwy obwodowe (A59 – A62)

A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A61	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III

Inne części układu nerwowego (A75)

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	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

Tarczycza (B08)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
-----	---	---------------

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B22)

B22	Wycięcie nadnercza/nadnerczy	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Oczodół (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

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

Rogówka (C47 – C49)

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
C59	Wycięcie tęczęwki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczęwki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczęwki	Kategoria IV

Komorza przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe 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 (D04)

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
E14	Operacje zatoki czołowej	Kategoria IV
E15	Operacje zatoki klinowej	Kategoria IV
E17	Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	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 – E62)

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

Język i podniebienie (F22 – F29)

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

Jama ustna (F38 – F39)

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
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
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 (G27 – G43)

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 (gastrostomii)	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 (jejunostomii)	Kategoria III

G61	Zespolenie omijające jelito czcze	Kategoria III
G64	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	Kategoria III

Jelito kręte (G69 – G79)

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 (ileostomii)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
G76	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	Kategoria III
G79	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	Kategoria III

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 kątncy (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

Odbytница (H33 – H42)

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

Wątroba (J02 – J10)

J02	Wycięcie płata lub 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
J24	Przejskórne 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
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV

J46	Przejskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przejskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J49	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV

Trzustka (J55 – J66)

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 III
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V

Śledziona (J69)

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

Osierdzie (K67 – K69)

K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV

Tętnica płucna (L07 – L13)

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

Odgązlenia 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 brzusznej 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 – L71)

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

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
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 wszczępienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III

M26	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	Kategoria IV
M32	Operacje ujścia moczowodu	Kategoria IV

Pęcherz moczowy (M34 – M42)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruzoł krokowy (prostata) (M56 – M65)

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
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
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
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

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
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	Kategoria III

Jajowód (Q22 – Q32)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik (Q43 – Q45)

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

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
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 – V46)

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 w odcinku lędźwiowym	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
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I

V38	Pierwotne zespolenie kręgow (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgow (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

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)

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

Kości (W05 – W35)

W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	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 śródszpikową (wewnętrzną)	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 śródszpikową (wewnętrzną)	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
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

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
X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II

Skontaktuj się z nami:

Nationale-Nederlanden

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**