



„Sposób na Przyszłość”

Ogólne warunki ubezpieczenia ochronno-inwestycyjnego
OWU/TULO/1/2018

Spis treści

Masz w dłoni Ogólne warunki ubezpieczenia. To dokument, który zawiera szczegółowe informacje na temat ubezpieczenia „Sposób na Przyszłość”. Dokładnie się z nimi zapoznaj, a przyszłość nie będzie miała przed Tobą tajemnic.

Jak znaleźć swój „Sposób na Przyszłość”?	3	Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowej – Pakiet Ortopeda nr ANEKS/YO12/1/2019	102
Ogólne warunki ubezpieczenia Warunki Umowy podstawowej Ubezpieczenie na życie dla każdego Ubezpieczonego	9	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka nr OWU/AC12/1/2018.....	108
Ogólne warunki ubezpieczenia Warunki Umowy inwestycyjnej Umożliwiającej inwestowanie pieniędzy zgodnie z bieżącą ofertą Nationale-Nederlanden	15	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/PD12/1/2016.....	112
Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie.....	20	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/AD12/1/2016.....	117
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AP12/1/2019	23	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego nr OWU/AT12/1/2016.....	120
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowej – Pakiet Onkolog nr ANEKS/DC12/1/2019	28	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – poważne zachorowania dziecka nr OWU/CR12/2/2016.....	123
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” nr OWU/ONA4/1/2019.....	33	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy nr OWU/MW12/1/2017	128
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” nr OWU/ON14/1/2019	39	„Sposób na Przyszłość” Tabela limitów i opłat TLiO/TULO/1/2019	133
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek nr OWU/WP12/1/2016	45		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy nr OWU/TP12/1/2016	48		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY12/1/2019.....	52		
Załącznik do Warunków umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów	61		
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowej – Pakiet Kardiolog nr ANEKS/DK12/1/2019.....	64		
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowej – Pakiet Neurolog nr ANEKS/DN12/1/2019	69		
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AG12/1/2019	74		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja nr OWU/HX12/1/2019.....	79		
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Plan na powrót do zdrowia po chorobie nr ANEKS/HC12/1/2019	85		
Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Plan na powrót do zdrowia po wypadku nr ANEKS/HW12/1/2019	91		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała nr OWU/AB12/1/2017.....	97		

Jak znaleźć swój „Sposób na Przyszłość”?

„Sposób na Przyszłość” to zabezpieczenie na dwa sposoby: po pierwsze – to ochrona życia i zdrowia dla Ciebie i Twoich najbliższych już od pierwszego dnia ubezpieczenia. Po drugie – to możliwość inwestowania i gromadzenia środków na realizację Waszych planów w przyszłości.

Jakie są główne atuty polisy?

Przejrzystość

Wiesz dokładnie za co płacisz czyli ile przeznaczasz na ochronę a jaką część składki inwestujesz.

Elastyczność

Możesz zmieniać swoją polisę w zależności jak zmieniają się Twoje potrzeby i sytuacja życiowa.

Dla całej rodziny

Jedną polisą możesz objąć siebie i Twoich bliskich.

Prostota

Dzięki gotowym pakietom ochronnym i rozwiązaniom inwestycyjnym.

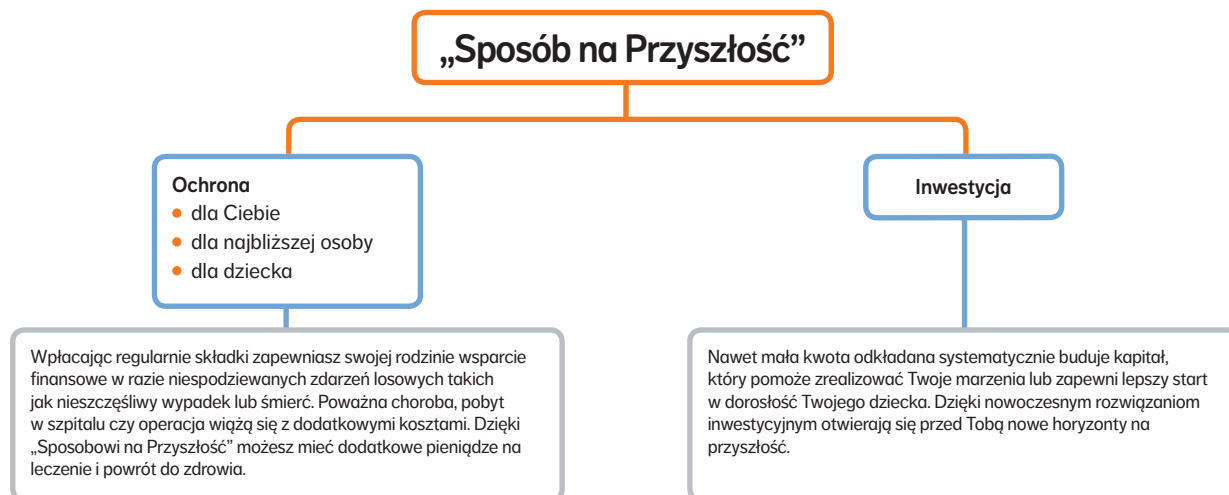
Oszczędność

Otrzymasz atrakcyjne zniżki.

Innowacyjność

Pierwsza na polskim rynku umowa na wypadek nowotworu z tak szerokim zakresem ochrony.

Jaka jest konstrukcja polisy?



Czy mogę robić zmiany na mojej polisie i czemu to służy?

„Sposób na Przyszłość” to polisa, która podąża za zmianami w Twoim życiu oraz dopasowuje się do Twoich bieżących potrzeb np.: po ślubie warto ubezpieczyć małżonka czy zacząć oszczędzać więcej po urodzeniu dziecka.

Ile wynoszą zniżki i za co mogę je dostać?

Możesz liczyć na trzy rodzaje zniżek w składce ochronnej.

Zniżka za...	Opcje				
Ubezpieczenie kolejnej osoby	10% zniżki jeżeli ochroną ubezpieczeniową są objęte co najmniej 2 osoby				
Wybór gotowego pakietu	Pakiet Zdrowotny		Pakiet Wypadkowy		Pakiet Dziecięcy
	Wariant I 5% zniżki	Wariant II 10% zniżki	Wariant I 10% zniżki	Wariant II 15% zniżki	
Sposób opłacania składek	Opłacasz kwartalnie dostajesz 1% zniżki		Opłacasz półrocznie dostajesz 2,3% zniżki		Opłacasz rocznie dostajesz 5% zniżki

Co ważne:

- Jeśli w trakcie umowy włączysz do swojej polisy drugą osobę możesz liczyć na rabat. To dobry powód aby ubezpieczyć bliskich w ramach jednej polisy.
- Nawet jeśli nie wybierzesz od razu całego pakietu, a dopiero po jakimś czasie dokupisz Umowy dodatkowe, które wchodzi w jego skład – otrzymasz zniżkę.

Czy można zmienić Sumy ubezpieczenia?

Sumy ubezpieczenia możesz dopasować do swoich potrzeb i możliwości finansowych. Jeśli na przykład masz kredyt hipoteczny warto wybrać wyższą Sumę ubezpieczenia, aby zabezpieczyć jego spłatę; w momencie gdy spłacisz kredyt wcześniej, możesz wnioskować o obniżenie Sumy ubezpieczenia.

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

Wypłacimy Sumę ubezpieczenia albo jej część, w zależności od tego jakie ubezpieczenie wybrałeś i co się zdarzyło, np.:

- w przypadku śmierci – wypłacimy całą Sumę ubezpieczenia,
- jeżeli wybrałeś Umowę dodatkową Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy Ci odpowiedni wskazany w Tabeli inwalidztwa procent Sumy ubezpieczenia
- w przypadku Poważnego zachorowania dziecka, za chorobę wskazaną w Warunkach wypłacimy całą Sumę ubezpieczenia,
- jeżeli jesteś objęty ochroną z tytułu Umowy dodatkowej Pobyt w szpitalu lub operacja, wypłacimy pieniądze za dni pobytu w szpitalu i za operację. Łącznie w ciągu 5 lat trwania tej Umowy dodatkowej wypłacimy do 400% Sumy ubezpieczenia. Jeżeli w ciągu 5 lat nie wykorzystasz limitu (np. wypłacimy 300% Sumy ubezpieczenia) to umowę możesz przedłużyć na kolejne 5 lat z nowym limitem 400%.

Jak są inwestowane moje pieniądze?

Jak może przebiegać moja inwestycja? Czy mogę na nią wpływać?



Za Składki inwestycyjne kupowane są jednostki uczestnictwa wskazanych przez Ciebie funduszy. Jeśli zechcesz jednorazowo zainwestować dodatkowe pieniądze, wpłać je na oddzielny numer rachunku bankowego podany w polisie.

Tak, możesz wpływać na swoją inwestycję poprzez wybór funduszy, w sposób zgodny z tym jak podchodzisz do ryzyka inwestycyjnego i jakim jesteś inwestorem. Inwestując w fundusze dynamiczne można zarobić więcej, ale też ryzyko straty jest wyższe. W przypadku funduszy bezpiecznych jest odwrotnie – potencjalny zysk jest mniejszy ale i ryzyko straty niższe. Ważne jest aby w miarę zbliżania się zakończenia ubezpieczenia nie podejmować zbyt dużego ryzyka lub stopniowo je zmniejszać.

Jeśli masz doświadczenie w inwestowaniu możesz wpłynąć na swoją inwestycję i zdecydować że chcesz inwestować pieniądze inaczej, niż wcześniej zadeklarowałeś. Możesz także przenieść już zgromadzone środki z jednego funduszu do drugiego. Takie zmiany są bezpłatne.

Możesz także skorzystać z gotowych rozwiązań takich jak portfele modelowe lub NN Perspektywa.

NN Perspektywa

działa jak „finansowa nawigacja” – wystarczy, że wskażesz okres oszczędzania, a my określimy drogę do realizacji Twojego celu, ponieważ ze zbliżaniem się końca inwestycji zaangażowanie środków będzie się stopniowo zmieniać – z akcji w bezpieczniejsze instrumenty finansowe.

Jakie korzyści daje mi regularne inwestowanie z Nationale-Nederlanden?

Jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub dotyczy Cię ustawodawstwo i jurysdykcja USA?

Chcemy, aby inwestycja przyniosła Ci wymierne korzyści. Dlatego dołożymy 1% do każdej wpłaconej przez Ciebie składki jeśli jesteś z nami, co najmniej 6 lat, zebrałeś już pewne środki i wpłacasz odpowiednio wysoką składkę inwestycyjną. Dokładne wartości są wskazane w Tabeli limitów i opłat. Zainwestujemy zatem 101% wpłaconej przez Ciebie Składki inwestycyjnej.

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. działa na podstawie prawa polskiego oraz oferuje ubezpieczenia wyłącznie zgodnie z tym prawem.

Towarzystwo ani oferowane przez Towarzystwo produkty nie przeszły żadnej procedury rejestracji poza granicami Polski. Przepisy innych państw mogą przewidywać dla swoich obywateli lub innych podmiotów podlegających ich ustawodawstwu ograniczenia możliwości inwestowania w produkty o inwestycyjnym charakterze.

W szczególności, jeżeli jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub z innego tytułu wynikającego z Twojego statusu dotyczy Cię odpowiednie ustawodawstwo i jurysdykcja tego Państwa, w tym amerykańska ustawa o papierach wartościowych z 1933 roku (US Securities Act 1933) i inne przepisy powiązane, produkt ten może nie być dla Ciebie odpowiednim. W takich przypadkach radzimy uzyskać poradę prawną amerykańskiego prawnika, czy ograniczenia wynikające z amerykańskiego ustawodawstwa, będą miały do Ciebie zastosowanie, w sytuacji gdy zainwestujesz w nasz produkt o inwestycyjnym charakterze.

Czy można inwestować więcej niż się zadeklarowało?

A jeśli mam jednorazowe nadwyżki finansowe?

Oczywiście. W każdej chwili możesz podwyższyć składkę inwestycyjną. Ważne, abyś nas o tym poinformował i powiedział ile chcesz wpłać.

W ramach Sposobu na Przyszłość masz do dyspozycji rachunek lokacyjny, na który w każdej chwili możesz wpłać i wypłać dodatkowe środki. Nie pobieramy żadnych opłat za korzystanie z tej opcji. Może więc zamiast kupować dziecku kolejne zabawki, lepiej część tej kwoty przeznaczyć na jego przyszłość i wpłać dodatkowe pieniądze na rachunek lokacyjny.

<p>Co się stanie, jeśli wpłacę za mało albo za dużo pieniędzy?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jeśli wpłacisz mniej niż wymagana Składka – poprosimy Cię o uzupełnienie zaległości (list lub SMS). • Jeśli wpłacisz więcej – nadwyżkę zainwestujemy w najbliższym terminie płatności, tak żeby wszystkie wpłacone przez Ciebie pieniądze pracowały na Twój przyszły kapitał.
<p>A jeśli potrzebuję wypłacić część pieniędzy...?</p>	<p>Jeżeli okaże się, że nagle potrzebujesz pieniędzy, to możesz je wypłacić z Twojego Rachunku lub z Rachunku lokacyjnego, jeśli wpłacałeś tam dodatkowe pieniądze. Z uwagi na ryzyko związane z inwestycjami w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, rekomendowany minimalny czas trwania umowy powinien wynosić kilka lat, a w przypadku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych NN Perspektywa odpowiada on dacie zawartej w nazwie funduszu.</p> <p>Pamiętaj, że z dokonywanej wypłaty potrącimy podatek od dochodów kapitałowych.</p>
<p>...lub czasowo nie mam pieniędzy na opłacanie składek?</p>	<p>Zawirowania finansowe zdarzają się często. Ważne jest jednak, abyś mógł utrzymać ochronę ubezpieczeniową. Po drugim roku możesz wstrzymać inwestowanie na rok i opłacać składkę jedynie za ochronę ubezpieczeniową albo nie płacić nic – wówczas składka za ochronę będzie pokrywana ze środków zgromadzonych na Twoim Rachunku lub Rachunku lokacyjnym.</p>
<p>Kto dysponuje pieniędzmi zgromadzonymi na rachunku inwestycyjnym? Kiedy zostaną wypłacone?</p>	<p>Po zakończeniu ubezpieczenia pieniądze otrzyma Ubezpieczony główny. W czasie trwania ubezpieczenia pieniądze wypłacić może tylko Właściciel polisy.</p>
<p>Czy można kontynuować umowę po śmierci właściciela polisy?</p>	<p>Tak, jest taka możliwość. Ważne, aby Ubezpieczeni lub inne osoby (np. spadkobiercy) zgłosiły się do nas w ciągu 30 dni po śmierci Właściciela polisy. Wspólnie ustalimy zasady kontynuacji umowy.</p>
<p>Jaką korespondencję będę otrzymywać od Nationale-Nederlanden?</p>	<p>Pierwszym dokumentem, jaki otrzymasz w związku z ubezpieczeniem będzie polisa. Co roku otrzymasz list rocznicowy, zawierający także informacje o bieżącym stanie Twoich inwestycji.</p>
<p>Na czym polega indeksacja składki?</p>	<p>Jest to podwyższenie Sumy ubezpieczenia i składki inwestycyjnej o min. 3%. Chcemy mieć pewność, że wybrana przez Ciebie Suma ubezpieczenia będzie odpowiadać Twoim potrzebom za 10 czy 20 lat, bez względu na zmieniającą się wartość pieniądza w czasie.</p> <p>Aby skorzystać z corocznej indeksacji wystarczy wpłacić nową, proponowaną przez nas składkę. Jeśli jednak będziesz chciał z niej zrezygnować – zadzwoń do nas pod numer 801 20 30 40.</p>
<p>Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?</p>	<p>Tak. Niezależnie od powodów możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia otrzymania polisy, zaś jeśli jesteś przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni. W takim przypadku otrzymasz zwrot wpłaconej składki. Po tym czasie, w każdym momencie możesz zrezygnować z ubezpieczenia. Pamiętaj jednak, że z uwagi na ryzyko związane z inwestycjami w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, rekomendowany minimalny czas trwania umowy powinien wynosić kilka lat, a w przypadku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych NN Perspektywa odpowiada on dacie zawartej w nazwie funduszu.</p>
<p>Jakie dokumenty są potrzebne żeby dostać pieniądze z ubezpieczenia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Do wypłaty możemy potrzebować różnych dokumentów – w zależności od tego co i komu się stało. Wszystkie potrzebne informacje znajdziesz w rozdziałach „Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze?”. • Informacje o tym, jak wypłacić część zainwestowanych pieniędzy znajdziesz w Warunkach Umowy inwestycyjnej.
<p>Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania reklamacji?</p>	<p>Jako Nationale-Nederlanden dochowujemy wszelkich starań, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. W przypadku zastrzeżeń dotyczących naszych usług, możesz zwrócić się do nas: osobiście w Biurze Obsługi Klienta w naszej siedzibie, listownie, telefonicznie, lub poprzez formularz na stronie internetowej www.nn.pl.</p>

Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z tytułu umowy ubezpieczenia może złożyć Reklamację na działanie Nationale-Nederlanden. Odpowiedzi na Reklamację udzielane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie Reklamacji nie jest możliwe w tym terminie, zgłaszający jest informowany o przewidywanym terminie rozpatrzenia Reklamacji. Termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Reklamacja w sprawie związanej z umową może zostać także złożona do Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego. Reklamacje Klientów są wnikliwie rozpatrywane. Wszelkie opinie naszych Klientów są dla nas bardzo cenne, ponieważ wpływają na jakość naszych usług i standardów obsługi.



Jak możesz się z nami skontaktować?

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40 lub 22 522 71 24,
e-mail: info@nn.pl

Twój numer telefonu komórkowego i adres e-mail – prosimy o podanie i aktualizowanie tych danych w czasie trwania umowy.

To ważne, bo dzięki temu będziemy mogli szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące umowy, gdy zajdzie taka potrzeba, np. gdy będą wątpliwości jak rozumieć Twoją dyspozycję lub nie zarejestrujemy Twojej składki w terminie.

Możesz także skorzystać z n-serwis czyli dostępu do swojej polisy przez Internet. Zaloguj się w prosty sposób:

- dokonuj transakcji finansowych na swojej polisie z domu 24 godziny na dobę,
- uzyskaj dostęp do ważnych dokumentów swojej umowy za pomocą 3 kliknięć,
- zaktualizuj swoje dane osobowe, aby otrzymywać od nas ważną korespondencję,
- sprawdź numer rachunku, na który należy dokonywać wpłat składek ubezpieczeniowych.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „Sposób na przyszłość”

nr OWU/TUL0/1/2018 (OWU)

Tabeli limitów i opłat nr TLiO/TUL0/1/2019 (TLiO)

Opisu funduszy nr OF/TUL0/1/2018 (OF)

Informacje zawarte w OWU, TLiO i OF

Nr artykułu OWU/TLiO/OF

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia

Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 9,
Art. 14 OWU Umowy podstawowej
Art. 1, Art. 2, Art. 13 OWU Umowy inwestycyjnej

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

Art. 9, Art. 12, Art. 15 OWU Umowy podstawowej

3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Art. 1, Art. 6, Art. 10, Art. 14 OWU Umowy inwestycyjnej
Pkt. 10 TLiO
Art. 11 (str. 4, 6, 8, 10, 14, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 47, 49, 51, 53) OF

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 ubezpieczenia

Warunki Umowy podstawowej

Ubezpieczenie na życie dla każdego Ubezpieczonego

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem TUL0, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie nr OWU/TUL0/1/2018, zwanych dalej Warunkami. Warunki składają się z dwóch części: Warunków Umowy podstawowej oraz Warunków Umowy inwestycyjnej.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa podstawowa wraz z Umową inwestycyjną; w skład Umowy ubezpieczenia może wchodzić także Umowa dodatkowa; Umowa ubezpieczenia zwana jest dalej Umową.
3. **„Umowa podstawowa”** – umowa ubezpieczenia na życie dla każdego Ubezpieczonego.
4. **„Umowa inwestycyjna”** – część Umowy umożliwiająca inwestowanie pieniędzy zgodnie z bieżącą ofertą Nationale-Nederlanden.
5. **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową.
6. **„Właściciel polisy”** albo **„Ty”** – osoba, która zawarła Umowę z Nationale-Nederlanden i zobowiązała się do opłacania Składki.
7. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej; Ubezpieczony może być także objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej.
8. **„Ubezpieczony główny”** – Ubezpieczony uprawniony do pieniędzy z tytułu Umowy inwestycyjnej.
9. **„Świadczenie”** – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach.
10. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego; Suma ubezpieczenia jest Świadczeniem.
11. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostaną wypłacone pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
12. **„Dokument ubezpieczenia”** – polisa potwierdzająca zawarcie Umowy, a także dokument wystawiony przez Nationale-Nederlanden w czasie jej trwania potwierdzający istotne postanowienia Umowy.
13. **„Miesiąc polisowy”** – okres rozpoczynający się tego samego dnia każdego kolejnego miesiąca. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w polisie. Jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to Miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca (np. jeśli dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypada 31 stycznia, to kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się ostatniego dnia lutego).
14. **„Rok polisowy”** – pierwszych 12 Miesięcy polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz kolejne 12-miesięczne okresy.
15. **„Wiek Ubezpieczonego”** – wiek obliczany w każdą rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w następujący sposób: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od ww. dnia.
16. **„Składka ochronna”** – suma składki za Umowę podstawową oraz składek za Umowy dodatkowe przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności Nationale-Nederlanden.
17. **„Składka inwestycyjna”** – składka za Umowę inwestycyjną przeznaczona na regularne inwestowanie.
18. **„Składka”** – suma Składki ochronnej i Składki inwestycyjnej wpłacana przez Właściciela polisy na rachunek bankowy wskazany przez Nationale-Nederlanden, w uzgodnionej wysokości i terminach.
19. **„Dzień rejestracji wpłaty”** – nie później niż 4. Dzień roboczy od wpływu środków na rachunek bankowy Nationale-Nederlanden.
20. **„Dzień roboczy”** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej. W odniesieniu do Alokacji w fundusze, przeniesienia środków między Funduszami, pobierania opłaty za ryzyko oraz wypłat środków, z uwagi na uwarunkowania systemu obsługi umów ubezpieczenia, przyjmuje się, że Dzień roboczy kończy się wraz z wykonaniem powyższych operacji w powyższym systemie, co może nastąpić w nocy z tego dnia na następny.
21. **„Tabela limitów i opłat”** – dokument zawierający stawki opłat i rabatów (zniżek) stosowanych w Umowie. Dokument ten stanowi integralną część Umowy i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
22. **„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.
- 23) „Przedstawiciel” – osoba wykonująca czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie Agenta Ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam Agent Ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
- 24) „Reklamacja” – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy podstawowej?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 66. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego i w przypadku jego śmierci wypłaci pieniądze osobom uprawnionym.

Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa ubezpieczenie?

1. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę na całym świecie.
2. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej oraz dzień zakończenia Umowy i dzień zakończenia Umowy dodatkowej wskazane są w polisie lub innym Dokumentacie ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia pierwszej Składki.
4. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej Umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem wskazanym w polisie lub innym Dokumentacie ubezpieczenia.

Art. 4 W jaki sposób jest zawierana umowa?

1. Umowa zawierana jest na podstawie zaakceptowanego przez Nationale-Nederlanden wniosku Właściciela polisy i po zarejestrowaniu pierwszej Składki przez Nationale-Nederlanden.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową albo w czasie trwania Umowy (dokupienie).
3. Warunkiem dokupienia jest zaakceptowanie wniosku przez Nationale-Nederlanden.
4. W przypadku dokupienia dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
5. Przed zawarciem Umowy lub dokupieniem Nationale-Nederlanden może zwrócić się do Ubezpieczonego z prośbą o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących jego stanu zdrowia,

- b) poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych.
6. W celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy lub dokupieniem może zwrócić się o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego.
 7. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, Nationale-Nederlanden informuje Właściciela polisy o możliwości zawarcia Umowy lub Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo odmawia jej zawarcia.
 8. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta pod warunkiem, że ani Właściciel polisy ani Ubezpieczony ani osoba reprezentująca lub kontrolująca Właściciela polisy, nie znajduje się na jakiegokolwiek liście osób, grup lub podmiotów objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba reprezentująca lub kontrolująca Właściciela polisy znajduje się na liście sankcyjnej, Nationale-Nederlanden poinformuje w ciągu 10 dni od wystawienia Dokumentu ubezpieczenia o tym, że umowa nie została skutecznie zawarta a wystawiony Dokument ubezpieczenia jest nieważny. W przypadku, gdy ani Właściciel polisy ani Ubezpieczony ani osoba reprezentująca lub kontrolująca Właściciela polisy nie występuje na listach sankcyjnych umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia wystawienia Dokumentu ubezpieczenia.

Art. 5 W jaki sposób można objąć ochroną kolejną osobę?

1. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy może zostać objętych maksymalnie 10 Ubezpieczonych.
2. W czasie trwania Umowy liczba Ubezpieczonych może ulec zmianie.
3. W czasie trwania Umowy Właściciel polisy może wskazać innego Ubezpieczonego głównego spośród Ubezpieczonych.
4. Objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnej osoby następuje na wniosek Właściciela polisy, za jej zgodą i zgodnie z zasadami obowiązującymi dla zawarcia Umowy. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
5. Rezygnacja z obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje na wniosek Właściciela polisy. Ochrona ubezpieczeniowa dla danego Ubezpieczonego wygasa z końcem Miesiąca polisowego, w którym ten wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi. Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie najpóźniej z końcem następnego Miesiąca polisowego, jeżeli wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi później niż na 10 Dni roboczych przed końcem Miesiąca polisowego.

Art. 6 Jak długo trwa umowa?

1. Umowa podstawowa i Umowa inwestycyjna zawierane są na ten sam okres, nie krótszy niż 10 lat.
2. Umowa podstawowa kończy się najpóźniej w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa wygasa:
 - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - b) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego głównego; Umowa nie wygasa, jeżeli Właściciel polisy wskazał innego Ubezpieczonego głównego spośród Ubezpieczonych w terminie 30 dni od dnia wypłaty Sumy ubezpieczenia,
 - c) z dniem rezygnacji przez Właściciela polisy z obejmowania ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego głównego; Umowa nie wygasa, jeżeli Właściciel polisy wskazał innego Ubezpieczonego głównego spośród Ubezpieczonych,
 - d) jeżeli ochroną ubezpieczeniową nie jest już objęty żaden Ubezpieczony,
 - e) w przypadku zmiany w Umowie, która spowodowała obniżenie Składki ochronnej lub Składki poniżej limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat; Umowa nie wygasa, jeżeli obniżenie to nastąpiło w wyniku śmierci Ubezpieczonego.
4. Umowa zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Właściciela polisy do zapłaty, po upływie 60 dni od dnia, w którym nie została wpłacona pierwsza zaległa Składka, chyba że Warunki przewidują inną możliwość.
5. Właściciel polisy może wypowiedzieć Umowę lub Umowę dodatkową, składając pisemny wniosek do Nationale-Nederlanden. Umowa lub odpowiednio Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana z końcem Miesiąca polisowego, w którym ten wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi. Umowa lub Umowa dodatkowa wygaśnie najpóźniej z końcem następnego Miesiąca polisowego, jeżeli wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi później niż na 10 Dni roboczych przed końcem Miesiąca polisowego, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie z powodu nieopłacenia Składek.
6. Właściciel polisy może odstąpić od Umowy lub tylko od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania Dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego jej zawarcie, a także przed otrzymaniem tego dokumentu. Wskazane jest, aby do oświadczenia o odstąpieniu Właściciel polisy dołączył dokument zawierający datę otrzymania polisy lub otrzymania Dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego dokupienie.
7. Nationale-Nederlanden zwraca Składkę Właścicielowi polisy w terminie 10 Dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, z zastrzeżeniem że zwrot ten nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden będzie w stanie prawidłowo

zidentyfikować Właściciela polisy i zweryfikować jego tożsamość.

W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej Nationale-Nederlanden zwraca Właścicielowi polisy składkę za Umowę dodatkową.

Art. 7 W jaki sposób Umowa dodatkowa może zostać przedłużona?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej Nationale-Nederlanden może przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej wraz z informacją o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile Właściciel polisy 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 przekaze Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej objęty jest ten sam Ubezpieczony.
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. 8 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

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

Art. 9 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Sumy ubezpieczenia otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania przez Nationale-Nederlanden oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Uposażony wyznaczony w Umowie podstawowej jest jednocześnie Uposażonym w Umowie dodatkowej,

- w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego.
4. Uposażony nabywa prawo do pieniędzy z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
 5. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia i Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego.
 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany przez niego Uposażony nie żyje albo nie istnieje, należną jemu część otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
 7. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu śmierci Ubezpieczonego wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili do prawo do Świadczenia, pieniądze zostaną wypłacone członkom jego rodziny w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.

Otrzymanie pieniędzy przez osoby należące do wyższej grupy wyklucza ich otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a”). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty. W tym przypadku wszystkie zapisy dotyczące Uposażonych stosuje się odpowiednio do członków rodziny. W przypadku braku tych osób pieniądze zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

8. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, każdy z nich otrzyma określoną przez Ubezpieczonego część Sumy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał, jaki procent Sumy ubezpieczenia ma otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymają równe części. Jeśli podział między Uposażonych nie sumuje się do 100%, Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze proporcjonalnie do podziału określonego przez Ubezpieczonego.
9. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

Art. 10 Jaka jest wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać? Kiedy przysługuje jej zwrot?

1. Wysokość składki za Umowę podstawową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden w zależności od wieku każdego z Ubezpieczonych, Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę podstawową. Minimalna wysokość Składki, Składki ochronnej i Składki inwestycyjnej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Wysokość Składki, z uwzględnieniem rabatów opisanych w Tabeli limitów i opłat, jest wskazana w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka może ulec zmianie w przypadku:
 - a) zawarcia, przedłużenia lub rozwiązania Umowy dodatkowej,

- b) objęcia ochroną ubezpieczeniową kolejnej osoby,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonego albo jego śmierci,
 - d) zmiany Sumy ubezpieczenia lub Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
 - e) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - f) zmiany Składki inwestycyjnej,
 - g) zmiany częstotliwości opłacania Składki.
4. Każda zmiana powodująca podwyższenie Składki, wprowadzona do Umowy w terminie innym niż termin płatności, powoduje konieczność dopłaty.
 5. Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień wpływu środków na rachunek Nationale-Nederlanden.
 6. Jeśli Właściciel polisy spóźni się z płatnością Składki, to Nationale-Nederlanden zaliczy otrzymaną Składkę na poczet Składki najdawniej wymaganej.
 7. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie albo rocznie; wyboru i zmiany częstotliwości dokonuje Właściciel polisy.
 8. Nationale-Nederlanden zwraca Właścicielowi polisy Składkę za okres, w którym nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 11 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia w celu dokonania oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden może zwrócić się o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
 - c) informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego; przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Ponadto Właściciel polisy może złożyć wniosek o podwyższenie Sumy ubezpieczenia ustalonej dla Ubezpieczonego bez oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i maksymalnie o 20% w przypadkach:
 - a) urodzenia się dziecka temu Ubezpieczonemu,
 - b) adopcji dziecka przez tego Ubezpieczonego,
 - c) zawarcia przez tego Ubezpieczonego związku małżeńskiego.

Wniosek należy złożyć w ciągu 6 miesięcy od dnia urodzenia dziecka, adopcji lub ślubu i dołączyć do niego dokument urzędowy potwierdzający to zdarzenie oraz zgodę Ubezpieczonego na zmianę warunków Umowy. W jednym Roku polisowym możliwe jest tylko jedno podwyższenie Sumy ubezpieczenia bez oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.

4. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony

ubezpieczeniowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.

5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę podstawową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.

Art. 12 Jakie są obowiązki Właściciela polisy i Ubezpieczonego?

1. Właściciel polisy zobowiązany jest do opłacania Składki.
2. Przed zawarciem Umowy, przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub przed dokupieniem Właściciel polisy i Ubezpieczony są zobowiązani do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach. W przypadku naruszenia tego obowiązku Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Umowy zgodnie z przepisami prawa.
3. Właściciel polisy jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu treści Warunków.
4. Jeżeli w czasie trwania Umowy ulega zmianie wysokość Sumy ubezpieczenia, Właściciel polisy jest zobowiązany poinformować o tym Ubezpieczonego.
5. Właściciel polisy jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy wraz z określeniem jej wpływu na wartość Świadczeń. Informacja ta powinna zostać przekazana Ubezpieczonemu przed akceptacją zmiany przez Właściciela polisy.
6. Wprowadzenie zmiany w Umowie na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga przekazania Nationale-Nederlanden jego zgody.

Art. 13 Co to jest indeksacja?

1. Indeksacja jest to podwyższenie Sumy ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej oraz Składki inwestycyjnej w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, wynikającym ze wzrostu cen i kosztów utrzymania.
2. Wskaźnik indeksacji jest równy procentowemu wskaźnikowi wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy opublikowanemu przez Główny Urząd Statystyczny nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania Właścicielowi polisy informacji o indeksacji.
3. Wskaźnik indeksacji nie może być mniejszy niż 3%.
4. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki.
5. Nationale-Nederlanden przekazuje Właścicielowi polisy propozycję indeksacji najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Jeżeli Właściciel polisy nie przekazał do Nationale-Nederlanden informacji o rezygnacji z indeksacji najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, oznacza to wyrażenie przez niego zgody na proponowaną indeksację.

Art. 14 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy należy poinformować Nationale-Nederlanden.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie z tytułu śmierci na podstawie wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do Świadczenia,
 - b) skróconym odpisem aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
 - c) innymi dokumentami, o które poprosi Nationale-Nederlanden, niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia.
3. Dokumenty niezbędne do wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawarte są w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
4. Dokumenty powinny być dostarczone Nationale-Nederlanden w oryginałach.
5. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza albo przez osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden (np. Przedstawiciela).
6. Dokumentacja medyczna może być potwierdzona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.
7. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 20 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 w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Świadczenie bezsporne Nationale-Nederlanden wypłaci zawsze w terminie 20 dni od otrzymania zawiadomienia.
9. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona do Świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 15 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia z tytułu Umowy, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ponadto Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa w okresie 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 16 W jaki sposób przekazywać korespondencję do Nationale-Nederlanden?

1. Korespondencja związana z Umową powinna być przekazana na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie lub w inny sposób uzgodniony z Nationale-Nederlanden.
2. Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do Nationale-Nederlanden zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.
3. Nationale-Nederlanden przesyła korespondencję na ostatni adres podany przez adresata.

Art. 17 Reklamacje

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy mogą złożyć Reklamację.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa);
 - b) ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24) albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
 - c) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl).
3. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy

przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.

5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana osobiście lub przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.

Art. 18 Podatki

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Art. 19 System monetarny

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

Art. 20 Rozstrzygnięcie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, 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. Umowa zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.

Ogólne warunki ubezpieczenia

Warunki Umowy inwestycyjnej

Umożliwiającej inwestowanie pieniędzy zgodnie z bieżącą ofertą Nationale-Nederlanden

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy”** – wydzielona część aktywów Nationale-Nederlanden, podzielona na udziały o równej wartości i inwestowana w sposób określony w Warunkach i Opisie funduszy. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy zwany jest dalej Funduszem. Fundusze różnią się sposobem lokowania środków, oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym.
2. **„Opis funduszy”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Nationale-Nederlanden, który wchodzi w skład Umowy i określa cel i zasady funkcjonowania Funduszy, dostępnych w ramach Umowy.
3. **„Jednostka uczestnictwa”** – proporcjonalny udział w aktywach funduszu; inwestowanie w fundusz oznacza zakup Jednostek uczestnictwa tego funduszu. Wszystkie Jednostki uczestnictwa danego funduszu są tej samej wartości.
4. **„Składka inwestycyjna”** – składka za Umowę inwestycyjną przeznaczona na regularne inwestowanie.
5. **„Rachunek”** – rachunek, na którym rejestrowane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki inwestycyjne.
6. **„Składka lokacyjna”** – kwota wpłacana w dowolnych terminach w czasie trwania Umowy na rachunek bankowy wskazany przez Nationale-Nederlanden, przeznaczona na dodatkowe inwestowanie.
7. **„Rachunek lokacyjny”** – odrębny rachunek, na którym rejestrowane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki lokacyjne.
8. **„Cena jednostki uczestnictwa”** – cena opublikowana na stronie www.nn.pl/notowania zgodnie z wyceną na dany dzień, po której Nationale-Nederlanden kupuje i sprzedaje Jednostki uczestnictwa; w przypadku kiedy w danym dniu nie jest wykonywana wycena, przyjmuje się za obowiązującą cenę ustaloną w poprzednim dniu wyceny.
9. **„Alokacja w fundusze”** – zakup Jednostek uczestnictwa zgodnie z ustalonym przez Właściciela polisy procentowym podziałem Składki inwestycyjnej lub Składki lokacyjnej pomiędzy fundusze.
10. **„Dzień akceptacji wniosku”** – nie później niż 10. Dzień roboczy od dnia dostarczenia wniosku do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo od dnia otrzymania wniosku przez Przedstawiciela. Termin ten ma zastosowanie do akceptacji zgodnych z Umową i jednoznacznie sformułowanych wniosków, z którymi związana jest konieczność dokonania wyceny Jednostek uczestnictwa. Termin ten nie ma zastosowania do wniosku o wypłatę Świadczenia.
11. **„Transakcja”** – zdarzenie zarejestrowane w informatycznym systemie obsługi polis zmieniające stan Jednostek uczestnictwa Funduszy, w szczególności

- Alokacja w Fundusze, wypłata z rachunku, przeniesienie Jednostek uczestnictwa między Funduszami, pobór opłat.
12. **„Data efektywna”** – data na którą dana Transakcja odnosi skutek.
13. **„Data ceny”** – data z której pochodzi stan aktywów netto funduszu służący do obliczenia Ceny jednostki uczestnictwa.

Art. 2 Komu Nationale-Nederlanden wypłaci zgromadzone pieniądze?

1. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego głównego i wypłaci pieniądze:
 - a) Ubezpieczonemu głównemu – po dożyciu przez niego końca okresu, na jaki została zawarta Umowa,
 - b) Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczonego głównego w Umowie podstawowej – w przypadku jego śmierci.
2. W przypadku rozwiązania Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze Właścicielowi polisy.

Art. 3 Na co jest przeznaczona Składka inwestycyjna? Jak ją podwyższyć lub obniżyć?

1. Składka inwestycyjna przeznaczona jest na zakup Jednostek uczestnictwa.
2. Zmiana wysokości Składki inwestycyjnej odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
3. Składka inwestycyjna może zostać podwyższona w dowolnym momencie.
4. Jeżeli Właściciel polisy złoży wniosek o podwyższenie Składki inwestycyjnej, Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących jego stanu zdrowia,
 - b) poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych.
5. Składka inwestycyjna może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem minimalnej Składki inwestycyjnej i minimalnej Składki.
6. Nowa Składka inwestycyjna obowiązuje od kolejnego terminu płatności Składki, po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.

Art. 4 Na co jest przeznaczona Składka lokacyjna?

1. Składka lokacyjna przeznaczona jest w całości na zakup Jednostek uczestnictwa. Właściciel polisy może wpłacić Składkę lokacyjną w dowolnym momencie i w wybranej wysokości.

2. Wpłacenie Składki lokacyjnej nie zwalnia Właściciela polisy z obowiązku opłacania Składki.

Art. 5 Co się stanie, jeśli wpłacę Składkę wyższą niż ustalona?

1. Jeżeli Składka jest opłacona na bieżąco, Właściciel polisy może dokonać nadpłaty Składki i zdecydować, czy nadpłata ta zostanie zaliczona na poczet kolejnych Składek w terminach ich płatności. Właściciel polisy powiadamia Nationale-Nederlanden o swojej decyzji przed dokonaniem nadpłaty.
2. Jeżeli Właściciel polisy nie powiadomi o swojej decyzji Nationale-Nederlanden i łączna wysokość nadpłaty przekroczy kwotę wskazaną w Tabeli limitów i opłat, to nadpłata zostanie uznana za Składkę lokacyjną w najbliższym terminie płatności Składki.

Art. 6 Jak dokonywana jest wycena wartości funduszu i Jednostki uczestnictwa?

1. Wartość funduszu w danym dniu jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań i należne opłaty w tym dniu (wartość netto aktywów funduszu).
2. Wycena wartości netto aktywów funduszu jest dokonywana w każdym Dniu roboczym zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości na podstawie rzeczywistych cen rynkowych aktywów funduszu, według stanu na koniec poprzedniego Dnia roboczego. Jeżeli dokonanie wyceny funduszu w powyższy sposób nie jest możliwe, wycena funduszu jest dokonywana na podstawie ostatnich znanych cen rynkowych aktywów funduszu i znanych wartości księgowych jego aktywów.
3. Cena Jednostki uczestnictwa obowiązująca w danym dniu jest ustalana poprzez podzielenie wartości netto aktywów funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek uczestnictwa tego funduszu.

Art. 7 W jaki sposób Nationale-Nederlanden zamienia Składkę inwestycyjną na Jednostki uczestnictwa?

1. Właściciel polisy wskazuje podział Składki inwestycyjnej pomiędzy fundusze we wniosku o ubezpieczenie.
2. Właściciel polisy ma możliwość wyboru funduszy różniących się sposobem lokowania środków, oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym.
3. Po zarejestrowaniu wpłaty Składki Nationale-Nederlanden dokonuje Alokacji w fundusze.
4. Liczba Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku wynika z podzielenia:
 - całej Składki inwestycyjnej przez Cenę jednostki uczestnictwa,
 - 101% Składki inwestycyjnej przez Cenę jednostki uczestnictwa – jeśli wartość Jednostek uczestnictwa na Rachunku oraz Składka inwestycyjna będą co najmniej równe kwotom wskazanym w pkt. 8 Tabeli limitów i opłat.
5. Alokacja pierwszej Składki inwestycyjnej następuje zgodnie z pkt. 7 Tabeli Limitów i Opłat według Dat cen i terminów wyznaczonych od późniejszego ze zdarzeń:

- a) dnia rejestracji wpłaty pierwszej Składki inwestycyjnej na rachunek Towarzystwa,
- b) dnia akceptacji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

6. Alokacja drugiej i kolejnej Składki inwestycyjnej następuje zgodnie z pkt. 7 Tabeli Limitów i Opłat według Dat cen i terminów wyznaczonych od dnia rejestracji wpłat na rachunku Towarzystwa nie wcześniej niż od dnia jej wymagalności.
7. Liczba Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku jest ustalana z dokładnością do pięciu miejsc po przecinku.
8. Właściciel polisy może zmienić podział następnej Składki inwestycyjnej pomiędzy fundusze na podstawie odrębnego wniosku.

Art. 8 W jaki sposób Nationale-Nederlanden zamienia Składkę lokacyjną na Jednostki uczestnictwa?

1. Właściciel polisy ma możliwość wyboru funduszy różniących się sposobem lokowania środków, oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym.
2. Właściciel polisy wskazuje podział Składki lokacyjnej pomiędzy fundusze przed wpłatą tej składki. W przypadku braku takiej informacji przed Dniem rejestracji wpłaty Nationale-Nederlanden dokona Alokacji w fundusze zgodnie z podziałem między fundusze obowiązującym dla Składki inwestycyjnej.
3. Po zarejestrowaniu wpłaty Składki lokacyjnej Nationale-Nederlanden dokonuje Alokacji w fundusze.
4. Alokacja Składki lokacyjnej w Fundusze następuje według Dat cen i terminów wyznaczonych od dnia rejestracji wpłat na rachunku Towarzystwa, zgodnie z pkt 7 Tabeli Limitów i Opłat.
5. Liczba Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku lokacyjnym wynika z podzielenia każdej Składki lokacyjnej przez Cenę jednostki uczestnictwa.
6. W przypadku zaległości w opłaceniu Składki Nationale-Nederlanden uzna odpowiednią część Składki lokacyjnej za Składkę najdawniej wymagalną. Pozostała część Składki lokacyjnej podlega Alokacji w fundusze.

Art. 9 Jak przenieść środki między funduszami?

1. Właściciel polisy może złożyć wniosek o sprzedaż Jednostek uczestnictwa jednego funduszu i alokacji uzyskanej w ten sposób kwoty w inny fundusz (przeniesienie), co oznacza:
 - a) sprzedaż określonej liczby Jednostek uczestnictwa tego funduszu i
 - b) zakup określonej liczby Jednostek uczestnictwa innego funduszu.
2. Przeniesienie jest możliwe jedynie w ramach tego samego rachunku.
3. Sprzedaż i zakup Jednostek uczestnictwa następuje zgodnie z pkt. 7 Tabeli Limitów i Opłat według Dat cen i terminów wyznaczonych od Dnia akceptacji wniosku o przeniesienie przez Nationale-Nederlanden.

Art. 10 Jaką opłatę pobiera Nationale-Nederlanden?

1. Opłata za zarządzanie funduszem. Opłata za zarządzanie funduszem dotyczy funduszy wskazanych

w Tabeli limitów i opłat oraz:

- a) stanowi procent od wartości aktywów funduszu wskazany w Tabeli limitów i opłat w skali roku,
- b) jest pobierana przez cały okres trwania Umowy w każdym dniu wyceny wartości aktywów danego funduszu, proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres pomiędzy poprzednią wyceną a wyceną na moment, w którym pobiera się tę opłatę.

Art. 11 Czy możliwa jest zmiana funduszy oferowanych przez Nationale-Nederlanden?

1. Opis Funduszy dostarczany jest Właścicielowi polisy przed zawarciem Umowy.
2. Nationale-Nederlanden może zmieniać listę oferowanych Funduszy, jak również zmieniać politykę inwestycyjną dotyczącą Funduszy.
3. W razie połączenia, likwidacji, wprowadzenia nowego Funduszu lub zmiany polityki inwestycyjnej Funduszy Nationale-Nederlanden każdorazowo doręcza Właścicielowi polisy w szczególności za pośrednictwem indywidualnego konta udostępnionego w aplikacji n-serwis lub pisemnie, zaktualizowany Opis Funduszy uwzględniający powyższą zmianę.
4. Jeżeli na rachunkach dotyczących Umowy zostały zarejestrowane Jednostki uczestnictwa Funduszu lub została wybrana Alokacja w Fundusz, który podlega połączeniu, likwidacji lub zmienia się jego polityka inwestycyjna, Nationale-Nederlanden dodatkowo przekaże Właścicielowi polisy informację o planowanych zmianach.
5. W terminie 30 dni od otrzymania powyższej informacji Właściciel polisy powinien złożyć wniosek o przeniesienie środków z Funduszu likwidowanego lub podlegającego połączeniu. Jeżeli w tym terminie Nationale-Nederlanden nie otrzyma powyższego wniosku o przeniesienie, to dokona przeniesienia środków do Funduszu o zbliżonym profilu ryzyka inwestycyjnego, który pozostaje na liście oferowanych Funduszy.
6. W terminie 30 dni od otrzymania powyższej informacji Właściciel polisy powinien złożyć także nową dyspozycję Alokacji w Fundusz, jeżeli ostatnia dyspozycja obejmuje Fundusz podlegający połączeniu lub likwidacji. Jeżeli w tym terminie Nationale-Nederlanden nie otrzyma od Właściciela polisy nowej dyspozycji, to przekaże odpowiednią część każdej Składki do Funduszu o zbliżonym profilu ryzyka inwestycyjnego, który pozostaje na liście oferowanych Funduszy.
7. Wnioski o przeniesienie środków, jak również dyspozycje zmiany Alokacji w Fundusz obejmujące Fundusze likwidowane lub podlegające połączeniu, złożone po doręczeniu Właścicielowi polisy zaktualizowanego Opisu Funduszy nie zostaną zrealizowane.

Art. 12 Jak wypłacić pieniądze w czasie trwania umowy?

1. Właściciel polisy może złożyć do Nationale-Nederlanden wniosek o wypłatę z Rachunku lub Rachunku lokacyjnego.
2. Wypłata następuje poprzez sprzedaż części Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku lub

Rachunku lokacyjnym, według Cen jednostek uczestnictwa ustalonych według Dat cen zgodnie pkt 7 Tabeli Limitów i Opłat licząc od Dnia akceptacji wniosku.

3. We wniosku Właściciel polisy wskazuje fundusze, których Jednostki uczestnictwa mają być sprzedane. Jeżeli Właściciel polisy nie wskaże funduszy, Nationale-Nederlanden sprzeda Jednostki uczestnictwa z każdego funduszu proporcjonalnie do łącznej wartości Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku lub Rachunku lokacyjnym.
4. Wniosek o wypłatę z Rachunku zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych Składek, najpóźniej w dniu złożenia wniosku.
5. Jeżeli Właściciel polisy złoży wniosek o wypłatę z Rachunku lokacyjnego kwoty wyższej niż wartość tego rachunku, Nationale-Nederlanden wypłaci wartość Rachunku lokacyjnego.
6. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Właściciela polisy nie później niż 20. dniu od otrzymania wniosku przez Nationale-Nederlanden.

Art. 13 Jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy inwestycyjnej?

1. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego głównego końca okresu, na jaki została zawarta Umowa Nationale-Nederlanden wypłaci mu łączną wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku i Rachunku lokacyjnym. Kwotę do wypłaty oblicza się według:
 - a) Cen jednostek uczestnictwa ustalonych według Dat cen zgodnie pkt 7 Tabeli Limitów i Opłat licząc od dnia zakończenia Umowy i
 - b) liczby Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku i Rachunku lokacyjnym w dniu zakończenia Umowy.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego głównego Nationale-Nederlanden wypłaci Uposażonemu łączną wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku i Rachunku lokacyjnym. Kwotę do wypłaty oblicza się według:
 - a) Cen jednostek uczestnictwa ustalonych według Dat cen zgodnie pkt 7 Tabeli Limitów i Opłat licząc od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego głównego i
 - b) liczby Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku i Rachunku lokacyjnym w dniu śmierci Ubezpieczonego głównego.

Dniem rejestracji zawiadomienia o śmierci jest nie później niż 10. Dzień roboczy od dnia przekazania zawiadomienia do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi.

3. W przypadku rozwiązania Umowy Nationale-Nederlanden wypłaci Właścicielowi polisy łączną wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku i Rachunku lokacyjnym. Kwotę do wypłaty oblicza się według:
 - a) Cen jednostek uczestnictwa ustalonych według Dat cen zgodnie pkt 7 Tabeli Limitów i Opłat licząc od dnia rozwiązania Umowy,
 - b) liczby Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku i Rachunku lokacyjnym w dniu rozwiązania Umowy.

4. Wypłata Świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego głównego dnia zakończenia Umowy, nastąpi nie później niż w 20. dniu po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o tym fakcie. 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 wyjaśnienia tych okoliczności. Zawiadomienie może nastąpić poprzez złożenie wniosku o wypłatę Świadczenia.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego głównego wypłata z Rachunku i Rachunku lokacyjnego powiększa Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej.
 6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego głównego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Nationale-Nederlanden jest wyłączona, wypłata z Rachunku i Rachunku lokacyjnego nastąpi nie później niż w 20. dniu od wydania przez Nationale-Nederlanden decyzji odmownej w sprawie wypłaty Świadczenia z Umowy podstawowej.
 7. W przypadku rozwiązania Umowy wypłata z Rachunku i Rachunku lokacyjnego nastąpi nie później niż w terminie 15 Dni roboczych od dnia rozwiązania Umowy, z zastrzeżeniem że wypłata nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden będzie w stanie prawidłowo zidentyfikować Właściciela polisy i zweryfikować jego tożsamość.
- i według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w tych terminach płatności,
- c) trwa do momentu, gdy wartość Jednostek uczestnictwa na Rachunku lub Rachunku lokacyjnym pozwala na pokrycie Składki ochronnej; jeżeli wartość Jednostek uczestnictwa na Rachunku lub Rachunku lokacyjnym nie będzie wystarczająca na pokrycie kolejnej Składki ochronnej, Nationale-Nederlanden poinformuje o tym Właściciela polisy. W takim przypadku Właściciel polisy zobowiązany jest opłacić Składkę. Nieopłacenie Składki spowoduje rozwiązanie umowy zgodnie z zasadami wskazanymi w Warunkach.
4. Właściciel polisy może skrócić okres zawieszenia, informując o tym Nationale-Nederlanden oraz wpłacając Składkę.
 5. W okresie zawieszenia Właściciel polisy może dokonać:
 - a) wpłaty Składki lokacyjnej,
 - b) wypłaty z Rachunku lub Rachunku lokacyjnego.

Art. 15 Jak długo trwa umowa?

1. Umowa wygasa, jeżeli w okresie zawieszenia wartość Jednostek uczestnictwa na Rachunku lub Rachunku lokacyjnym nie pozwala na pokrycie Składki ochronnej.
2. Nationale-Nederlanden zwraca Składkę oraz Składkę lokacyjną Właścicielowi polisy w terminie 10 Dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, z zastrzeżeniem że zwrot ten nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden będzie w stanie prawidłowo zidentyfikować Właściciela polisy i zweryfikować jego tożsamość.

Art. 14 Czy możliwe jest czasowe zawieszenie opłacania składek?

1. Zawieszenie opłacania Składki albo Składki inwestycyjnej jest możliwe po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i po opłaceniu Składek za 2 Lata polisowe. Zawieszenie następuje na wniosek Właściciela polisy albo w sposób automatyczny.
2. Zawieszenie na wniosek Właściciela polisy:
 - a) następuje od najbliższego terminu płatności Składki po Dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden,
 - b) oznacza brak obowiązku opłacania Składki inwestycyjnej; w okresie zawieszenia Składka jest równa Składce ochronnej,
 - c) nie może być dłuższe niż 12 miesięcy,
 - d) nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 2 lat od zakończenia poprzedniego zawieszenia. Wniosek o zawieszenie należy złożyć najpóźniej 30 dni przed terminem płatności; Wniosek zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku.
3. Zawieszenie w sposób automatyczny:
 - a) następuje, jeżeli Właściciel polisy nie opłacił Składki w ciągu 60 dni od terminu jej płatności; pierwszym dniem okresu zawieszenia jest termin płatności pierwszej zaległej Składki,
 - b) polega na pokrywaniu Składki ochronnej poprzez sprzedaż odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku lub Rachunku lokacyjnym w terminach płatności Składki

Art. 16 Opodatkowanie kwot otrzymanych z Umowy inwestycyjnej

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu danej Umowy wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty Składek ponosi Właściciel polisy.
3. Jeżeli postawienie Świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 17 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 47/2018 z dnia 4 lipca 2018 r., wchodzą w życie z dniem 9 lipca 2018 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie (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 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6 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 tymczasowego ubezpieczenia na życie

Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie (dalej: Umowa tymczasowa) jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków tymczasowego ubezpieczenia na życie, zwanych dalej Warunkami umowy tymczasowej oraz wniosku o ubezpieczenie.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Nationale-Nederlanden**” – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
2. „**Właściciel polisy**” – osoba wymieniona we Wniosku jako Właściciel polisy.
3. „**Ubezpieczony**” – osoba wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczony, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy tymczasowej.
4. „**Uposażony**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku, której zostaną wypłacone pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
5. „**Umowa**” – Umowa ubezpieczenia na życie wskazana we Wniosku.
6. „**Wniosek**” – oferta Właściciela polisy dotycząca zawarcia Umowy, złożona na formularzu Nationale-Nederlanden.
7. „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego.
8. „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wypłacana w przypadkach określonych w Umowie tymczasowej, równa:
 - a) 100 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) 30 000 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. „**Świadczenie**” – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach umowy tymczasowej.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy tymczasowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego

wypadku, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w czasie trwania Umowy tymczasowej.

Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa ubezpieczenie tymczasowe?

1. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę, na całym świecie.
2. Umowa tymczasowa jest zawierana z dniem następnym po dniu, w którym Właściciel polisy podpisał Wniosek, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym została opłacona składka za tę umowę.
3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu:
 - a) z końcem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) z końcem 90. dnia trwania Umowy tymczasowej.
4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od zajścia tego zdarzenia.
2. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Uposażonemu Sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona do Świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 5 Jaka jest wysokość składki za Umowę tymczasową i w jaki sposób ją opłacić?

1. Wysokość składki za każdy rozpoczęty miesiąc ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy tymczasowej wynosi 5 zł.
2. Obowiązek opłacenia składki zostaje spełniony poprzez wpłatę pierwszej składki z tytułu Umowy.
3. Pierwsza składka wpłacona przez Właściciela polisy zostanie zwrócona w przypadku:
 - a) odmowy zawarcia Umowy przez Nationale-Nederlanden,
 - b) rezygnacji z zawarcia Umowy przez Właściciela polisy,
 - c) wypłaty Świadczenia.

Art. 6 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem zaszło w następnym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samobójstwa.
2. Ponadto Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w ust. 1 oraz:
 - a) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - b) 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 drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Art. 7 Stosowanie postanowień Warunków

Postanowienia Warunków wskazanych we Wniosku i doręczonych Właścicielowi polisy przed jego podpisaniem, mają zastosowanie do:

- a) przekazywania korespondencji,
- b) skarg oraz rozstrzygania sporów,
- c) podatków oraz systemu monetarnego,
- d) wypłaty pieniędzy.

Art. 8 Wejście w życie Umowy tymczasowej

Warunki umowy tymczasowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AP12/1/2019

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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AP12/1/2019 (dalej: Aneks)

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych:
 - a) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” (kod: CW12, CS12, CG12, CW14, CS14, CG14),
 - b) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” (kod: CM12, CA12, CF12, CM14, CA14, CF14),
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1. **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodami AP12 lub AP14, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2. **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3. **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
4. **„Centrum Alarmowe Partnera medycznego”** – wyodrębniona jednostka w ramach struktury Partnera medycznego czynna całodobowo, siedem dni w tygodniu, do której zobowiązany jesteś zgłosić chęć skorzystania ze świadczeń opisanych w Aneksie pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**.
5. **„Partner medyczny”** – Europ Assistance Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie.
6. **„Ośrodek referencyjny”** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej.
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.
8. **„Lekarz konsultant”** – Lekarz wskazany przez Partnera medycznego.
 9. **„Miejsce zamieszkania”** – adres faktycznego zamieszkania Ubezpieczonego na terenie RP podany przy zawarciu umowy/aneksu.
 10. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – wystąpienie objawów choroby lub czynników ryzyka, uzasadniające wykonanie Pre-Diagnozy.
 11. **„Pre-Diagnoza”** – świadczenia ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Aneksie przyznawane przez Nationale-Nederlanden i realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego obejmujące następujące świadczenia:
 - i. Tele-, lub wideokonsultacja medyczna ogólna,
 - ii. Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej,
 - iii. Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania,
 - iv. Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka,
 - v. Wizyta u lekarza specjalisty,
 - vi. Badania diagnostyczne,
 - vii. Badania genetyczne,
 - viii. Infolinia medyczna,
 - ix. Infolinia szpitalna.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pre-Diagnozę, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, że świadczenia z tytułu Pre-Diagnozy realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 4 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?

1. Pre-Diagnoza jest organizowana przez Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego i ma na celu diagnozę objawów chorobowych lub czynników ryzyka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe Pre-Diagnozy dostępne są na warunkach opisanych w Aneksie i są podzielone na dwie części:
 - 1) Część I, która ma na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego lub diagnozę

objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, w której skład wchodzi:

- a. Ankieta medyczna Pre-diagnozy – ocena ryzyka zachorowania** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty ankiety medycznej, mającej na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz konieczność i zasadność wykonania dalszych świadczeń Pre-Diagnozy. Jeżeli niemożliwe jest ustalenie zasadności dalszych świadczeń Partner medyczny organizuje tele- lub wideokonsultację medyczną ogólną oraz przygotowuje Plan działań zapobiegawczych po wypełnieniu Ankiety medycznej Pre-diagnozy.
 - b. Tele lub wideokonsultacje medyczne ogólne** – Nationale-Nederlanden organizuje Tele- lub wideokonsultacje medyczne dotyczące kwestii medycznych, które są realizowane na bieżąco przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7 w terminie 2 godzin od momentu zgłoszenia. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed Tele- lub wideokonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla lekarza specjalisty medycyny rodzinnej.
 - c. Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej** – jeżeli po Tele- lub wideokonsultacji z lekarzem specjalistą medycyny rodzinnej Ubezpieczony otrzymał zalecenie wizyty domowej lekarza, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza internisty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - d. Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka** – na życzenie Ubezpieczonego, po wykonaniu ankiety medycznej Pre-diagnozy, Partner Medyczny przygotowuje plan działań zapobiegawczych dla odpowiedniej grupy ryzyka, w której został zdiagnozowany Ubezpieczony.
- 2) Część II, która ma na celu dalszą ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, jeżeli po wykonaniu Części I Pre-Diagnozy Lekarz Ośrodka Referencyjnego nie był w stanie potwierdzić diagnozy:
- a. Badania diagnostyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań diagnostycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań diagnostycznych. Badania diagnostyczne mają na celu wczesne wykrycie choroby u Ubezpieczonego, nie posiadającego objawów choroby, ale znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania; Lista badań diagnostycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU;
 - b. Badania genetyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań genetycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań genetycznych. Badania genetyczne mają na celu wczesne zdiagnozowanie Ubezpieczonego, znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania, oraz uprzedzenie rozwoju choroby nowotworowej; Lista badań genetycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU;
3. Świadczenia organizacyjno-informacyjne:
- a. Wizyta u lekarza specjalisty** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony;
 - b. Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
 - czynników wpływających na rozwój nowotworów,
 - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu,
 - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów,
 - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów,
 - placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - zasad występowania o opiekę hospicyjną,
 - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych, fundacjach onkologicznych,
 - bazy danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
 - bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - bazy danych placówek leczenia zamkniętego (szpitali prywatnych, szpitali najwyższego stopnia referencji oraz klinik Akademii Medycznych),
 - bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,

- działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - danego schorzenia, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - danego leku, jego (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - zasad zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
 - grup wsparcia i telefonów zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
 - uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - Instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroscopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.
- Udzielane informacje, o których mowa w lit b) powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
4. Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
 - a. dostępności szpitali prywatnych,
 - b. zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
 - c. danych teleadresowych poszczególnych szpitali,
 - d. średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.
 5. W celu skorzystania z Pre-Diagnozy powinieneś:
 - a. skontaktować się z Partnerem medycznym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
 - b. przy kontakcie z Partnerem medycznym podać następujące informacje:
 - i. imię i nazwisko,
 - ii. numer PESEL lub numer polisy Nationale-Nederlanden,
 - iii. numer telefonu, pod którym Partner medyczny może się z Tobą skontaktować,
 - iv. lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest potrzebna,
 - v. inne informacje niezbędne pracownikowi Partnera medycznego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
 6. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń w ramach Pre-Diagnozy decyduje Partner medyczny.
 7. Centrum Alarmowe Partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym, w celu zgromadzenia pełnej historii zachorowania oraz dokumentacji medycznej. W przypadku gdy lekarz Centrum Alarmowego Partnera medycznego uzna, że zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego w związku z realizacją świadczenia z Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do wykonania usług Pre-Diagnozy. Za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną na piśmie upoważniony przez Nationale-Nederlanden lekarz z Centrum Alarmowego Partnera medycznego może wystąpić do placówek medycznych o udostępnienie niezbędnej dokumentacji medycznej.
 8. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Nationale-Nederlanden lub Partnera medycznego nie będzie możliwe wykonanie świadczeń określonych w ust. 2-3 w terminie do 3 dni, po otrzymaniu przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Nationale-Nederlanden zwróci Ubezpieczonemu pokryte przez niego koszty wykonania tych świadczeń, do limitów wskazanych w niniejszym Aneksie. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej, do limitów określonych w art. 5.
 9. W przypadku, o którym mowa w powyższym punkcie zgłoszenie o refundację kosztów świadczenia powinno zawierać:
 - a. numer rachunku bankowego, na który winna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
 - b. oryginały lub skany wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
 10. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego refunduje koszt świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia i jego wysokość.

Art. 5 Jakie limity obowiązują w ramach Pre-Diagnozy?

1. Poszczególne rodzaje świadczeń są realizowane w ramach limitów wskazanych w poniższej tabeli:

Opcja	Limit na świadczenie w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego
Tele- lub wideokonsultacja medyczna ogólna	4 razy
Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej	2 razy / nie więcej niż 500 zł za wizytę ogólnej
Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania	1 raz
Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka	1 raz
Organizacja wizyty lekarza specjalisty	Bez limitu
Organizacja badań diagnostycznych	1 raz / nie więcej niż 500 zł
Organizacja badań genetycznych	1 raz / nie więcej niż 1000 zł
Infolinia medyczna	Bez limitu
Infolinia szpitalna	Bez limitu

Wskazane w powyższej tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu ochrony udzielanej na podstawie Aneksu.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Świadczenia opisane Aneksem nie zostaną realizowane:
 - a) jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać z Pre-Diagnozy w związku z objawami, które nie miały miejsca w trakcie obowiązywania w stosunku do Ubezpieczonego Aneksu;
 - b) w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;
 - c) jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na Ubezpieczonego;
 - d) w przypadku działań profilaktycznych, nie mających charakteru Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Art. 7 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych niniejszym Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.

2. Wysokość Składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej On, Ona lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej On, Ona.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej On, Ona na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu lub z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej On, Ona.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 9 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Anekście?

Jeżeli masz pytania lub wątpliwości dotyczące Pre-Diagnozy możesz je kierować bezpośrednio do Partnera medycznego na dedykowany numer telefonu: **+48 (22) 203 79 24** czynny całodobowo, przez siedem dni w tygodniu.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Anekście stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Anekście mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 11 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Onkolog nr ANEKS/DC12/1/2019

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Onkolog nr ANEKS/DC12/1/2019

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych.
 - a) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” (kod: CW12, CS12, CG12, CW14, CS14, CG14),
 - b) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” (kod: CM12, CA12, CF12, CM14, CA14, CF14),
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to wymienione w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia

- 1) **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1., oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodami DC12 lub DC14, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
- 2) **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym.
- 3) **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym.
- 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.
- 5) **„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.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarstwa i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,
 - albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
- 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 Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący wykluczeniu lub zdiagnozowaniu Choroby nowotworowej u Ubezpieczonego. Zakres Świadczeń medycznych dotyczy tylko procesu diagnostycznego.
- 12) **„Choroba nowotworowa”** – niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych czynnościowo komórek z naciekaniem zdrowych tkanek, charakteryzujący się atypią, wysokim indeksem mitotycznym, naciekaniem tkanek otaczających, daniem wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów.
- 13) **„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.

- 14) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl 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 świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
- 15) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
- 16) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – następujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego, przez Lekarza, Choroby nowotworowej, uzasadniającej realizację Świadczenia Medycznego wymienionego w Katalogu Świadczeń medycznych służącego postawieniu lub wykluczeniu rozpoznania choroby nowotworowej.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego o wstępnym rozpoznaniu lub podejrzeniu rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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 zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych 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

przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.

- 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, 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. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:

- a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
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 z tego tytułu.
 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 danej Usługi medycznej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 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. 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 okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
 6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 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 i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

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 Świadczenia medycznego,
 - b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
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.
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.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń 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 każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
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.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszego Aneksu. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa powyżej nie stosuje się jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszego Aneksu.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane przez Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następującym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w Art. 3 ust. 2 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).
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę dodatkową.

Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej Ona, On lub po zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej Ona, On.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Ona, On,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona”
nr OWU/ONA4/1/2019 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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. 2, Art. 5, Art. 11 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” nr OWU/ONA4/1/2019

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” (dalej: Umowa dodatkowa „Ona”) jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „Ona” (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Ty – jako Ubezpieczony – jesteś uprawniony do Pieniędzy z tytułu tej umowy, i dlatego w treści dokumentu zwracamy się bezpośrednio do Ciebie.

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej „Ona”.
2. **„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. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki.
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe
 - rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0
 - rak podstawnkomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty skóry (dermatofibrosarcoma protuberans)
 - jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
3. **„Nowotwory Ona”** – Pierwotne Nowotwory złośliwe piersi (sutka), macicy (trzonu), szyjki macicy, jajnika, jajowodu, pochwy lub sromu. . Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - Nowotwory złośliwe wywodzące się z innych narządów, które rozprzestrzeniły się na pierś, macicę, szyjkę macicy, jajnik, jajowód, pochwę lub srom.
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
4. **„Nowotwór złośliwy we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium”** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym, przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie następujące nowotwory złośliwe:
 - raki przedinwazyjne (carcinoma in situ) w tym czerniak złośliwy in situ (melanoma in situ) – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer)

- rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1NOMO (obejmuje T1a-bNOMO).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe inne niż wymienione powyżej
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego in situ
 - jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
5. **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 6. **„Nowotwór łagodny tarczycy”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy, po leczeniu chirurgicznym. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są jakiegokolwiek guzki tarczycy poza gruczolakami (adenoma).
 7. **„Nowotwór łagodny jajnika”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny jajnika, po leczeniu chirurgicznym. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - zespół policystycznych jajników,
 - endometrioza jajnika (torbiel endometrialna),
 - torbiel pęcherzykowa, luteinowa, prosta lub rozwojowa.
 8. **„Diagnoza”** – rozpoznanie przez Lekarza w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, choroby objętej zakresem Umowy dodatkowej „Ona”, wymienionej w tabeli z wariantami ochrony.
 9. **„Nieprzerwany okres ochrony”** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej „Ona” i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłaś 18 lat i nie ukończyłaś 61 lat.
2. Możesz wybrać jeden z 3 dostępnych wariantów ochrony. Każdy kolejny (wyższy) wariant zapewnia szerszą ochronę, zgodnie z tabelą:

Wariant podstawowy (kod: CW14)	Wariant rozszerzony (kod:CS14)	Wariant pełny (kod:CG14)
Nowotwory Ona- Pierwotne Nowotwory złośliwe narządów: 1. Piersi (sutka) 2. Macicy (trzonu) 3. Szyjki macicy 4. Jajnika 5. Jajowodu 6. Pochwy 7. Sromu	Nowotwory Ona- Pierwotne Nowotwory złośliwe narządów: 1. Piersi (sutka) 2. Macicy (trzonu) 3. Szyjki macicy 4. Jajnika 5. Jajowodu 6. Pochwy 7. Sromu	Nowotwory Ona- Pierwotne Nowotwory złośliwe narządów: 1. Piersi (sutka) 2. Macicy (trzonu) 3. Szyjki macicy 4. Jajnika 5. Jajowodu 6. Pochwy 7. Sromu
	Wszystkie pozostałe Nowotwory złośliwe	Wszystkie pozostałe Nowotwory złośliwe
		Nowotwory łagodne: 1. Łagodny nowotwór mózgu 2. Nowotwór łagodny tarczycy 3. Nowotwór łagodny jajnika Nowotwory złośliwe we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium: 1. Rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1NOMO 2. Raki przedinwazyjne (carcinoma in situ) w tym czerniak złośliwy in situ (melanoma in situ) – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer)

3. Umowa dodatkowa „Ona” może zostać zawarta na podstawie wniosku wypełnionego przez Ciebie i Właściciela polisy.
4. Przed złożeniem wniosku, dostarczymy Właścicielowi polisy treść Warunków i Warunków Umowy dodatkowej „Ona”.
5. Rozpatrzymy wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej „Ona” jeśli zostaną spełnione niżej wymienionych kryteria:
 - a) złożenie przez Ciebie oświadczenia o stanie Twojego zdrowia, oraz podania znanych Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem Umowy dodatkowej „Ona”,
 - b) doręczenie na żądanie wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie Umowy dodatkowej „Ona”,
 - c) poddania się przez Ciebie badaniom medycznym (z wyłączeniem badań genetycznych), jeżeli są one przez nas wymagane, badania te są przeprowadzane na nasz koszt i w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
6. Możemy poprosić także o informacje dotyczące Twojej sytuacji finansowej lub sytuacji finansowej Właściciela polisy. Informacje te są na nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Na podstawie informacji uzyskanych przez nas przed zawarciem Umowy dodatkowej „Ona”, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy

dodatkowej „Ona” oraz na podstawie przedstawionych nam dokumentów zastrzegamy sobie prawo do:

- a) niez zaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej „Ona”,
- b) zaproponowania zawarcia Umowy dodatkowej „Ona” na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa „Ona”?

1. Umowę dodatkową „Ona” zawieramy:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy następującej po dacie zawarcia Umowy dodatkowej „Ona”, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa „Ona” trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat.
3. Umowa dodatkowa „Ona” wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Pieniądzy za Diagnozę Nowotworu złośliwego, wskazanego w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony,
 - b) z dniem wypłaty 150% Sumy ubezpieczenia w Nieprzerwanym okresie ochrony,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność z Umowy dodatkowej „Ona” kończy się z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania tej umowy.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej „Ona”, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy nie zachorowałeś na Nowotwór złośliwy wskazany w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony.
2. Tak, jeśli wybrałeś wariant pełny i w czasie trwania poprzedniej umowy został zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór łagodny z tego wariantu ochrony – proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej „Ona”. W takim przypadku zakres ubezpieczenia Umowy dodatkowej „Ona” nie będzie obejmował Nowotworów łagodnych.
3. Tak, jeśli wybrałeś wariant pełny i w czasie trwania poprzedniej umowy został zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór złośliwy we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium z tego wariantu ochrony – proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej „Ona”. W takim przypadku zakres ubezpieczenia Umowy dodatkowej „Ona” nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium.
4. Nie, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy zachorowałeś i został zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór złośliwy wskazany w wybranym przez Ciebie wariantcie „Ona”.
5. Umowę dodatkową „Ona” przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Jaką kwotę ci wypłacimy jeśli zachorujesz?

Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej „Ona” zdiagnozowany będzie Nowotwór łagodny, lub Nowotwór złośliwy we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium a później Nowotwór złośliwy – wypłacimy pieniądze za wszystkie choroby. Jeżeli natomiast zdiagnozowany zostanie Nowotwór złośliwy – umowa wygaśnie, co oznacza, że nie wypłacimy już pieniędzy za kolejne Diagnozy – innego Nowotworu złośliwego Nowotworu łagodnego, lub Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium.

Zwróć uwagę że w przypadku Diagnozy w ciągu 90 dni od dnia zawarcia lub zmiany wariantu Umowy dodatkowej „Ona” obowiązują specjalne zasady opisane w poniższym artykule.

1. Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej „Ona” zachorujesz, możesz otrzymać do 150% Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku, gdy Diagnoza nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej „Ona”,
2. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej „Ona”, wypłacimy jedynie jednorazowe Świadczenie równe sumie składek za tę umowę opłaconych do dnia Diagnozy i umowa wygasa.
3. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej „Ona”, kwota jaką wypłacimy jest uzależniona od rodzaju zdiagnozowanej choroby:
 - a) w przypadku Diagnozy Nowotworu złośliwego wskazanego w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony wypłacimy 100% Sumy Ubezpieczenia. W Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy tylko za jedną Diagnozę Nowotworu złośliwego.
 - b) w przypadku Diagnozy Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium z wariantu pełnego wypłacimy:

Nowotwory złośliwe we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium	% wybranej Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Diagnozy
Rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania TINOMO	10%
Rak przedinwazyjny (carcinoma in situ) w tym czerniak złośliwy in situ (melanoma in situ)	10%

W Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy tylko za jedną Diagnozę Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium.

- c) w przypadku Diagnozy Nowotworu łagodnego z wariantu pełnego wypłacimy:

Nowotwory łagodne	% wybranej Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Diagnozy
Łagodny nowotwór mózgu	40%
Nowotwór łagodny tarczycy	10%
Nowotwór łagodny jajnika	10%

W Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy tylko za jedną Diagnozę Nowotworu łagodnego.

4. W przypadku zmiany wariantu ochrony, gdy Diagnoza chorób nie objętych ochroną w poprzednim wariantcie nastąpi przed upływem 90 dni od dnia zmiany wariantu, wypłacimy jedynie jednorazowe Świadczenie równe sumie składek opłaconych od dnia zmiany wariantu do dnia Diagnozy. Po wypłacie świadczenia Umowa dodatkowa „Ona” będzie kontynuowana w ramach poprzedniego wariantu.
5. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia, gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia tej zmiany, podstawą ustalenia wysokości Świadczenia będzie Suma ubezpieczenia obowiązująca przed jej podwyższeniem. Wartość Świadczenia z tytułu Diagnozy zostanie dodatkowo powiększona o sumę składek opłaconych od dnia podwyższenia do dnia Diagnozy.

Art. 6 Jak wypłacane będą Pieniądze? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Diagnoza była postawiona w czasie trwania Umowy dodatkowej „Ona” otrzymujesz prawo do świadczeń, z zastrzeżeniem postanowień art. 5.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Diagnostyce, to do wykonania wypłaty, będziemy potrzebowali od Ciebie następujących dokumentów:
 - a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - b) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań potwierdzającymi rozpoznanie choroby oraz wynikiem badania histopatologicznego. Możemy poprosić Cię o inne dokumenty, jeśli będą nam potrzebne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 7 Jakie są twoje obowiązki?

Wizyta u Lekarza orzecznika – jeśli będziemy potrzebowali stwierdzenia, czy zdiagnozowana choroba nowotworowa jest objęta ubezpieczeniem. Wizyta odbędzie się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

Umowę podpisujemy z Właścicielem polisy. Jeśli Ty nim jesteś – poprosimy jedynie Ciebie o wniosek. Jeśli Właścicielem polisy jest np. Twój mąż, który opłaca składkę, to musimy prosić także jego o akceptację zmiany składki i warunków polisy.

1. Jeżeli chcesz zmienić wariant, razem z Właścicielem polisy, złóż do nas wniosek.
2. Przed zmianą wariantu na wyższy możemy poprosić Cię o:
 - a) dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia,
 - b) wykonanie badań lekarskich na nasz koszt, w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych,
3. Zmiana wariantu na niższy jest możliwa po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej „Ona”, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Zmiana wariantu powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową „Ona”.
5. Nowy wariant obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
6. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy, złóż do nas wniosek.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o:
 - a) dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia,
 - b) wykonanie badań lekarskich na nasz koszt, w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
3. Możemy poprosić także o informacje dotyczące Twojej sytuacji finansowej lub sytuacji finansowej Właściciela polisy. Informacje te są nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po Diagnostyce.
5. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej „Ona”, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową „Ona”.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową „Ona” jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Twojego wieku, okresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia i wybranego wariantu ochrony. Na wysokość składki mogą mieć wpływ wyniki Twoich badań i historia chorób w Twojej rodzinie.
2. Składka za Umowę dodatkową „Ona” jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.
3. Nie będziemy pobierać składki za Umowę dodatkową „Ona” od dnia Diagnozy Nowotworu złośliwego pod warunkiem, że zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę.

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Pieniędzy?

Nie wypłacimy Pieniędzy, jeśli wskazana w Diagnozie choroba:

- a) jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
- b) jest następstwem choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- c) ograniczenia odpowiedzialności o którym mowa w podpunkcie b) nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną,
- d) dotyczy kolejnego Nowotworu złośliwego lub innej choroby objętej zakresem umowy dodatkowej „Ona”, zdiagnozowanych po jej wygaśnięciu.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „Ona” mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Wszelkie pojęcia pisane wielką literą, a nie zdefiniowane w niniejszych Warunkach Umowy dodatkowej „Ona” mają znaczenie określone w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On”
nr OWU/ON14/1/2019 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
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. 2, Art. 5, Art. 11 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” nr OWU/ON14/1/2019

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” (dalej: Umowa dodatkowa „On”) jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „On” (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Ty – jako Ubezpieczony – jesteś uprawniony do Pieniądzy z tytułu tej umowy, i dlatego w treści dokumentu zwracamy się bezpośrednio do Ciebie.

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej „On”.
2. **„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. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki.
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - rak podstawnkomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty skóry (dermatofibrosarcoma protuberans),
 - jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
3. **„Nowotwory On”** – Pierwotne Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (prostaty), jądra, prącia, oskrzeli lub płuc. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - Nowotwory złośliwe wywodzące się z innych narządów, które rozprzestrzeniły się na gruczoł krokowy, jądro, prącie, oskrzele lub płuco,
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0
 - jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
4. **„Nowotwór złośliwy we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium”** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym, przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie następujące nowotwory złośliwe:
 - raki przedinwazyjne (carcinoma in situ) w tym czerniak złośliwy in situ (melanoma in situ) – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC

- (American Joint Committee on Cancer),
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 (obejmuje T1a-bN0M0),
 - rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (obejmuje T1a-bN0M0).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe inne niż wymienione powyżej,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego in situ,
 - jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
5. **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 6. **„Nowotwór łagodny tarczycy”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy, po leczeniu chirurgicznym. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są jakiegokolwiek guzki tarczycy poza gruczolakami (adenoma).
 7. **„Diagnoza”** – rozpoznanie przez Lekarza w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, choroby objętej zakresem Umowy dodatkowej „On”, wymienionej w tabeli z wariantami ochrony.
 8. **„Nieprzerwany okres ochrony”** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej „On” i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmiemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 18 lat i nie ukończyłeś 61 lat.
2. Możesz wybrać jeden z 3 dostępnych wariantów ochrony. Każdy kolejny (wyższy) wariant zapewnia szerszą ochronę, zgodnie z tabelą:

Wariant podstawowy (kod: CM14)	Wariant rozszerzony (kod: CA14)	Wariant pełny (kod: CF14)
Nowotwory On-Pierwotne Nowotwory złośliwe narządów: 1. Gruczołu krokowego (prostaty) 2. Jądra 3. Prącia 4. Oskrzeli 5. Płuc	Nowotwory On-Pierwotne Nowotwory złośliwe narządów: 1. Gruczołu krokowego (prostaty) 2. Jądra 3. Prącia 4. Oskrzeli 5. Płuc	Nowotwory On-Pierwotne Nowotwory złośliwe narządów: 1. Gruczołu krokowego (prostaty) 2. Jądra 3. Prącia 4. Oskrzeli 5. Płuc
	Wszystkie pozostałe Nowotwory złośliwe	Wszystkie pozostałe Nowotwory złośliwe
		Nowotwory łagodne: 1. Łagodny nowotwór mózgu 2. Nowotwór łagodny tarczycy Nowotwory złośliwe we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium: 1. Rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 2. Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2N0M0 3. Raki przedinwazyjne (carcinoma in situ) w tym czerniak złośliwy in situ (melanoma in situ) – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer)

3. Umowa dodatkowa „On” może zostać zawarta na podstawie wniosku wypełnionego przez Ciebie i Właściciela polisy.
4. Przed złożeniem wniosku, dostarczymy Właścicielowi polisy treść Warunków i Warunków Umowy dodatkowej „On”.
5. Rozpatrzymy wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej „On” jeśli zostaną spełnione niżej wymienionych kryteria:
 - a) złożenie przez Ciebie oświadczenia o stanie Twojego zdrowia, oraz podania znanych Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem Umowy dodatkowej „On”,
 - b) doręczenie na żądanie wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie Umowy dodatkowej „On”,
 - c) poddania się przez Ciebie badaniom medycznym (z wyłączeniem badań genetycznych), jeżeli są one przez nas wymagane, badania te są przeprowadzane na nasz koszt i w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
6. Możemy poprosić także o informacje dotyczące Twojej sytuacji finansowej lub sytuacji finansowej Właściciela polisy. Informacje te są na nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Na podstawie informacji uzyskanych przez nas przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej „On” oraz na podstawie przedstawionych nam dokumentów zastrzegamy sobie prawo do:

- a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej „On”,
- b) zaproponowania zawarcia Umowy dodatkowej „On” na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa „On”?

1. Umowę dodatkową „On” zawieramy:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy następującej po dacie zawarcia Umowy dodatkowej „On”, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa „On” trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat.
3. Umowa dodatkowa „On” wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Pieniądzy za Diagnozę Nowotworu złośliwego, wskazanego w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony,
 - b) z dniem wypłaty 150% Sumy ubezpieczenia w Nieprzerwanym okresie ochrony,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.
4. Nasza odpowiedzialność z Umowy dodatkowej „On” kończy się z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania tej umowy.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej „On”, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy nie zachorowałeś na Nowotwór złośliwy wskazany w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony.
2. Tak, jeśli wybrałeś wariant pełny i w czasie trwania poprzedniej umowy został zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór łagodny z tego wariantu ochrony – proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej „On”. W takim przypadku zakres ubezpieczenia Umowy dodatkowej „On” nie będzie obejmował Nowotworów łagodnych.
3. Tak, jeśli wybrałeś wariant pełny i w czasie trwania poprzedniej umowy został zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór złośliwy we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium z tego wariantu ochrony – proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej „On”. W takim przypadku zakres ubezpieczenia Umowy dodatkowej „On” nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium.
4. Nie, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy zachorowałeś i został zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór złośliwy wskazany w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony.
5. Umowę dodatkową „On” przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Jaką kwotę Ci wypłacimy, jeśli zachorujesz?

Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej „On” zdiagnozowany będzie Nowotwór łagodny lub Nowotwór złośliwy we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium, a później Nowotwór złośliwy – wypłacimy pieniądze za wszystkie choroby. Jeżeli natomiast zdiagnozowany zostanie Nowotwór złośliwy – umowa wygaśnie, co oznacza, że nie wypłacimy już pieniędzy za kolejne Diagnozy – innego Nowotworu złośliwego, Nowotworu łagodnego, Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium.

Zwróć uwagę że w przypadku Diagnozy w ciągu 90 dni od dnia zawarcia lub zmiany wariantu Umowy dodatkowej „On” obowiązują specjalne zasady opisane w poniższym artykule.

1. Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej „On” zachorujesz, możesz otrzymać do 150% Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku, gdy Diagnoza nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej „On”.
2. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej „On”, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek za tę umowę opłaconych do dnia Diagnozy i umowa wygasa.
3. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej „On”, kwota jaką wypłacimy jest uzależniona od rodzaju zdiagnozowanej choroby:
 - a) w przypadku Diagnozy Nowotworu złośliwego wskazanego w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony wypłacimy 100% Sumy Ubezpieczenia. W Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy tylko za jedną Diagnozę Nowotworu złośliwego.
 - b) w przypadku Diagnozy Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium z wariantu pełnego wypłacimy:

Nowotwory złośliwe we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium	% wybranej Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Diagnozy
Rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0	10%
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2N0M0	10%
Rak przedinwazyjny (carcinoma in situ) w tym czerniak złośliwy in situ (melanoma in situ)	10%

W Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy tylko za jedną Diagnozę Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium.

- c) w przypadku Diagnozy Nowotworu łagodnego z wariantu pełnego wypłacimy:

Nowotwory łagodne	% wybranej Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Diagnozy
Łagodny nowotwór mózgu	40%
Nowotwór łagodny tarczycy	10%

W Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy tylko za jedną Diagnozę Nowotworu łagodnego.

4. W przypadku zmiany wariantu ochrony, gdy Diagnoza chorób nie objętych ochroną w poprzednim wariantcie nastąpi przed upływem 90 dni od dnia zmiany wariantu, wypłacimy jedynie jednorazowe Świadczenie równe sumie składek opłaconych od dnia zmiany wariantu do dnia Diagnozy. Po wypłacie świadczenia Umowa dodatkowa „On” będzie kontynuowana w ramach poprzedniego wariantu.
5. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia, gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia tej zmiany, podstawą ustalenia wysokości Świadczenia będzie Suma ubezpieczenia obowiązująca przed jej podwyższeniem. Wartość Świadczenia z tytułu Diagnozy zostanie dodatkowo powiększona o sumę składek opłaconych od dnia podwyższenia do dnia Diagnozy.

Art. 6 Jak wypłacane będą Pieniądze? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Diagnoza była postawiona w czasie trwania Umowy dodatkowej „On”, otrzymujesz prawo do świadczeń, z zastrzeżeniem postanowień art. 5.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Diagnozie, to do wykonania wypłaty, będziemy potrzebowali od Ciebie następujących dokumentów:
 - a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - b) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań potwierdzającymi rozpoznanie choroby oraz wynikiem badania histopatologicznego. Możemy poprosić Cię o inne dokumenty, jeśli będą nam potrzebne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 7 Jakie są Twoje obowiązki?

Wizyta u Lekarza orzecznika – jeśli będziemy potrzebowali stwierdzenia, czy zdiagnozowana choroba nowotworowa jest objęta ubezpieczeniem. Wizyta odbędzie się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

Umowę podpisujemy z Właścicielem polisy. Jeśli Ty nim jesteś – poprosimy jedynie Ciebie o wniosek. Jeśli Właścicielem polisy jest np. Twoja żona, która opłaca składkę, to musimy prosić także ją o akceptację zmiany składki i warunków polisy.

1. Jeżeli chcesz zmienić wariant, razem z Właścicielem polisy, złóż do nas wniosek.
2. Przed zmianą wariantu na wyższy możemy poprosić Cię o:
 - a) dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia,

- b) wykonanie badań lekarskich na nasz koszt, w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.

3. Zmiana wariantu na niższy jest możliwa po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej „On”, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Zmiana wariantu powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową „On”.
5. Nowy wariant obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy, złóż do nas wniosek.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o:
 - a) dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia,
 - b) wykonanie badań lekarskich na nasz koszt, w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
3. Możemy poprosić także o informacje dotyczące Twojej sytuacji finansowej lub sytuacji finansowej Właściciela polisy. Informacje te są na nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po Diagnozie.
5. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej „On”, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową „On”.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową „On” jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Twojego wieku, okresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia i wybranego wariantu ochrony. Na wysokość składki mogą mieć wpływ wyniki Twoich badań i historia chorób w Twojej rodzinie.
2. Składka za Umowę dodatkową „On” jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.
3. Nie będziemy pobierać składki za Umowę dodatkową „On” od dnia Diagnozy Nowotworu złośliwego pod warunkiem, że zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę.

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Pieniędzy?

Nie wypłacimy Pieniędzy, jeśli wskazana w Diagnostyce choroba:

- a) jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
- b) jest następstwem choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- c) ograniczenia odpowiedzialności o którym mowa w podpunkcie b) nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną,
- d) dotyczy kolejnego Nowotworu złośliwego lub innej choroby objętej zakresem umowy dodatkowej „On”, zdiagnozowanych po jej wygaśnięciu.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „On” mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków. Wszelkie pojęcia pisane wielką literą, a nie zdefiniowane w niniejszych Warunkach Umowy dodatkowej „On” mają znaczenie określone w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej „On”

Warunki Umowy dodatkowej „On” zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek
nr OWU/WP12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 4, Art. 8 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek nr OWU/WP12/1/2016

Umowa dodatkowa oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WP12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Przejęcie opłacanie składek nr OWU/WP12/1/2016 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Niezdolność do samodzielnego życia”** – która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Nationale-Nederlanden, trwała nieprzerwanie przez okres przynajmniej 180 dni i została stwierdzona przez Lekarza:
 - a) niezdolność Właściciela polisy do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się,
 - b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Właściciela polisy, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
2. **„Niezdolność do pracy”** – całkowita niezdolność Właściciela polisy do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 180 dni, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Nationale-Nederlanden. Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
3. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Właściciel polisy będący jednocześnie Ubezpieczonym, który ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Właściciela polisy.
3. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność Właściciela polisy do pracy, pod warunkiem że stan ten utrzymywał się co najmniej 180 dni i trwa nadal. Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest ostatni dzień tego 180-dniowego okresu.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres jak Umowa podstawowa.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w trakcie jej trwania (dokupienie).
3. W przypadku dokupienia Umowa dodatkowa zawierana jest na okres do zakończenia Umowy podstawowej. Dokupienie następuje na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc.
4. Umowa dodatkowa kończy się najpóźniej w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Właściciela polisy 65 lat.

Art. 4 W jaki sposób Nationale-Nederlanden przejmuje opłacanie składek?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
2. Właściciel polisy nabywa prawo do Świadczenia w przypadku Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji.
3. Nationale-Nederlanden spełni Świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek od terminu płatności Składki następującego po dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. Nationale-Nederlanden przejmuje opłacanie Składek na czas określony i informuje Właściciela polisy o długości okresu przejęcia opłacania Składek.
5. Do momentu przejęcia opłacania Składek przez Nationale-Nederlanden obowiązek ich opłacania spoczywa na Właścicielu polisy.
6. Nationale-Nederlanden przejmuje opłacanie Składek na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Właściciela polisy,
 - b) zwolnieniami lekarskimi potwierdzającymi nieprzerwaną Niezdolność do pracy zarobkowej w ciągu 180 dni, włączając dzień zajścia

- Niezdolności do pracy,
 - c) decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Właściciel polisy jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
 - d) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
 - e) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem) – jeżeli wypadek był przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - f) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.
7. W okresie przejścia opłacania Składek przez Nationale-Nederlanden nie są możliwe zmiany w Umowie powodujące podwyższenie wysokości Składki.
8. Jeśli po pierwszym dniu Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji:
- a) została dokupiona Umowa dodatkowa lub ochroną został objęty kolejny Ubezpieczony, to z dniem akceptacji wniosku o przejście opłacania składek umowy te zostają rozwiązane;
 - b) na wniosek Właściciela polisy została podwyższona Składka lub Suma ubezpieczenia to z dniem akceptacji wniosku o przejście opłacania składek, zmiany te zostają anulowane;
- Zasady te nie dotyczą Umowy IKE ani Umowy IKZE.

Art. 5 Jakie są obowiązki właściciela polisy?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Właściciel polisy ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:

- a) w celu określenia, czy Właściciel polisy jest całkowicie niezdolny do wykonywania pracy zarobkowej lub niezdolny do samodzielnego życia i czy nadal pozostaje w tym stanie,
- b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.

Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę przejścia opłacania Składek lub utratę prawa do dalszego korzystania z przejścia opłacania Składek.

Art. 6 Jakie są obowiązki Nationale-Nederlanden?

Nationale-Nederlanden zobowiązuje się do zwrócenia Właścicielowi polisy Składki opłaconej po dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 30 dni, licząc od dnia przejścia opłacania Składek.

Art. 7 Jaka jest wysokość składki?

Wysokość składki za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek

Nationale-Nederlanden w zależności od wieku Właściciela polisy, długości okresu ubezpieczenia oraz:

- a) wysokości Składki pomniejszonej o składkę za tę Umowę dodatkową oraz
 - b) szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę dodatkową.
- Składka za Umowę dodatkową ulega zmianie w przypadku podwyższenia lub obniżenia Składki.

Art. 8 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie przejmie opłacania składek?

Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie przejmie opłacania Składek, jeżeli zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden opisanych w Warunkach,
- b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- c) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- d) spożywania lub pozostawiania przez Właściciela polisy w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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 Właściciela polisy, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- f) Choroby psychicznej.

Art. 9 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 10 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzeleńska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy

nr OWU/TP12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 10 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy nr OWU/TP12/1/2016

Umowa dodatkowa oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem TP12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy nr OWU/TP12/1/2016 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Dziecko”** – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1 rok życia a nie ukończył 18. roku życia
2. **„Niezdolność do samodzielnego życia”** – trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy stwierdzona przez Lekarza:
 - a) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się,
 - b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.Niezdolność do samodzielnego życia Dziecka wiąże się z koniecznością zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym Dzieckiem w danym wieku.
3. **„Niezdolność do pracy”** – całkowita, bezterminowa i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony przez Nationale-Nederlanden. Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
4. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane Ubezpieczonemu w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.

5. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego i wypłaci pieniądze w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy, pod warunkiem że stan ten utrzymywał się co najmniej 12 miesięcy i trwa nadal. Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu. Jeżeli jednak po upływie pierwszych 6 miesięcy Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do samodzielnego życia lub podjęcia pracy, to za dzień zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Nationale-Nederlanden może uznać dzień wcześniejszy.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

3. Umowa wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia,
 - b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Sumy ubezpieczenia.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do pieniędzy z chwilą zajścia Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do Świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki, wymagalne na dzień zajścia Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.

Art. 6 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:

- a) w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy,
- b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.

Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 Jak ustalana jest wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawiany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy, po akceptacji Nationale-Nederlanden.

2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia w celu dokonania oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden może zwrócić się o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
 - c) informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego; przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać poinformowane o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia na podstawie wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
 - c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
 - d) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem), jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy,

- e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Art. 10 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia została spowodowana lub miała miejsce w następstwie:
 - a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
 - b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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 drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) choroby psychicznej,
 - g) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów

nr OWU/CY12/1/2019 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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. 5, Art. 11 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY12/1/2019

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CD12 (wariant podstawowy) oraz kodem CU12 (wariant rozszerzony), jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY12/1/2019 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Ty – jako Ubezpieczony – jesteś uprawniony do Pieniądzy z tytułu tej umowy, i dlatego w treści dokumentu zwracamy się bezpośrednio do Ciebie.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy wypłacimy z Umowy dodatkowej.
2. **„Nieprzerwany okres ochrony”** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
3. **„Poważna choroba”** – Choroba lub zabieg operacyjny, wymienione poniżej, w tabeli Poważne choroby objęte ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
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 Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
5. **„Choroba psychiczna”** – Choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 17 i nie ukończyłeś 61 lat.
2. W Nieprzerwanym okresie ochrony możesz otrzymać maksymalnie 3 wypłaty z tytułu 3 różnych Poważnych chorób, z uwzględnieniem postanowień załącznika do Warunków Umowy dodatkowej.

3. Możesz wybrać jeden z 2 dostępnych wariantów ochrony:

Poważne choroby objęte ubezpieczeniem

Wariant podstawowy (CD12)	Wariant rozszerzony (CU12)
1. Zawał serca	1. Zawał serca
2. Udar mózgu	2. Udar mózgu
3. Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)	3. Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)
4. Przeszczep narządów	4. Przeszczep narządów
5. Niewydolność nerek	5. Niewydolność nerek
6. Utrata wzroku	6. Utrata wzroku
7. Utrata słuchu	7. Utrata słuchu
8. Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	8. Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)
9. Operacja aorty	9. Operacja aorty
10. Operacja zastawek serca	10. Operacja zastawek serca
11. Schyłkowa niewydolność wątroby	11. Schyłkowa niewydolność wątroby
12. Utrata mowy	12. Utrata mowy
13. Schyłkowa niewydolność oddechowa	13. Schyłkowa niewydolność oddechowa
	14. Stwardnienie rozsiane
	15. Poparzenie trzeciego stopnia
	16. Niedokrwistość aplastyczna
	17. Choroba Alzheimerera
	18. Śpiączka
	19. Choroba Parkinsona
	20. Całkowity niedowład
	21. Zakażenie wirusem HIV
	22. Pourazowe uszkodzenie mózgu
	23. Choroba Creutzfeldta-Jacoba
	24. Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)
	25. Bakteryjne zapalenie opon mózgowych

-
- 26. Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi
 - 27. Choroba Leśniowskiego-Crohna
 - 28. Ebola
 - 29. Słoniowacizna
 - 30. Wirusowe zapalenie mózgu
 - 31. Toczeń rumieniowaty układowy
 - 32. Dystrofia mięśniowa
 - 33. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
 - 34. Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi
-

Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

Definicje Poważnych chorób

1. **Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:

- objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
- wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

2. **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
3. **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej.

4. **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.

5. **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

6. **Utrata wzroku:** jest to 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. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

7. **Utrata słuchu:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, 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 oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

8. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczęcia stentu w celu korekcji minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi:
 - powodować pogorszenie funkcji komory lub
 - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
 - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.

9. **Operacja aorty:** operacja chirurgiczna tętniaka aorty, koarktacji aorty lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty

i zastąpieniu jej grafem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje chirurgicznego leczenia naczyń obwodowych, nawet jeśli część aorty została usunięta w czasie zabiegu operacyjnego. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym operacje przezskórne, nie są również objęte zakresem ubezpieczenia.

10. **Operacja zastawek serca:** przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez Lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.

11. **Schyłkowa niewydolność wątroby:** całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- stałej żółtaczki;
- wodobrzusza;
- encefalopatii wątrobowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.

12. **Utrata mowy:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.

13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
- pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg ($pO_2 \leq 55$ mmHg),
- duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.

14. **Stwardnienie rozsiane:** choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza neurologa potwierdzająca stały ubytek neurologiczny

z faktycznymi objawami zaburzeń ruchowych lub czuciowych występujących nieustannie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza ta musi być poparta: nakłuciem łądźziowym lub nieprawidłowym wynikiem badania określającego późne potencjały wzrokowe i słuchowe oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji.

15. **Poparzenie trzeciego stopnia:** stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień oparzenia oraz jego zakres.

16. **Niedokrwistość aplastyczna:** przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:

- całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³;
- liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³;
- liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³.

Ubezpieczony musi przez okres 3 kolejnych miesięcy być leczony: częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez Lekarza hematologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej.

17. **Choroba Alzheimera:** przewlekła i postępująca degeneracja tkanki mózgowej prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich. Ubezpieczony musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania przez okres minimum 6 miesięcy przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Diagnoza choroby Alzheimera musi być postawiona przez Lekarza neurologa w oparciu o obowiązujące standardy medyczne jej rozpoznawania. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych lub nadużywania alkoholu lub narkotyków.

18. **Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Stan ten charakteryzuje się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego trwającego nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności.

Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki będącej wynikiem uzależnienia alkoholowego, narkotykowego oraz śpiączki farmakologicznej.

19. **Choroba Parkinsona:** postępująca zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędne są:
- jednoznacznie postawione rozpoznanie przez Lekarza neurologa, potwierdzone właściwymi dla tej jednostki chorobowej badaniami dodatkowymi oraz
 - określenie przez Lekarza niezdolności do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 6 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub toksyny.

20. **Całkowity niedowład:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.

21. **Zakażenie wirusem HIV:** zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), potwierdzone przez pozytywny wynik dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji oraz przeszczepu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się.
- Do uznania przez Nationale-Nederlanden Poważnej choroby niezbędne jest potwierdzenie dokumentacją medyczną, że do zakażenia doszło:
- Podczas przetoczenia zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 180 dni od daty przetoczenia.
 - W wyniku przeszczepienia Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
 - Podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych, czy osób prowadzących praktykę dentystyczną

w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej, w drodze kontaktu Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią. Ponadto muszą być spełnione poniższe kryteria:

- Ubezpieczony jest zobowiązany do zgłoszenia pracodawcy zdarzenia, które może być przyczyną Poważnej choroby;
- zgłoszenie powinno nastąpić w ciągu 24 godzin od zajścia tego zdarzenia;
- testy krwi dokumentujące brak HIV, czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku;
- serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS jest udokumentowana wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku;
- Ubezpieczony zgadza się poddać antywirusowej terapii po zdarzeniu, które mogło być przyczyną zakażenia.

Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia Ubezpieczycielowi dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na wniosek Ubezpieczyciela.

22. **Pourazowe uszkodzenie mózgu:** nieodwracalne uszkodzenie (martwica) tkanki mózgowej, do powstania którego doszło w wyniku urazu zewnętrznego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, powodujące nieodwracalne ubytki neurologiczne i trwałe symptomy kliniczne. Skutkiem martwicy tkanki mózgowej musi być niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Niezdolność do ich samodzielnego wykonywania musi być potwierdzona przez Lekarza neurologa. Nieszczęśliwy wypadek to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pourazowego uszkodzenia mózgu.
23. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba:** postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego powodująca w konsekwencji szybko postępujące otępienie, współistniejące ubytki neurologiczne oraz zaburzenia funkcji ruchu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona przez Lekarza neurologa i znajdować potwierdzenie w badaniach klinicznych, EEG oraz badaniach wizualizacyjnych.
24. **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. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez Lekarza reumatologa lub dermatologa.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- twardziny ograniczonej (morphea);
- zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam);
- eozynofilowego zapalenia powięzi;
- zespołu CREST.

25. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych:** infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 miesiące od czasu rozpoznania choroby. Rozpoznanie musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

26. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi:** miejscowa infekcja tkanki mózgowej prowadząca do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę i potwierdzone wynikami badań obrazowych (CT, MRI). Ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą. Ropień mózgu musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii.

27. **Choroba Leśniowskiego-Crohna:** Ciężka postać tej choroby, w czasie której pomimo stosowania optymalnej metody leczenia utrzymuje się przewlekły proces zapalny jelit powikłana przetokami i zwężeniami jelit. Choroba, której leczenie wymagało wykonania co najmniej dwukrotnej resekcji jelita przeprowadzonej w trakcie różnych operacji (nie mogą być wykonane jednocześnie). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza gastrologa.

28. **Ebola:** zakażenie wirusem Ebola powodujące wystąpienie gorączki krwotocznej Ebola. Obecność wirusa Ebola musi być potwierdzona odpowiednimi testami laboratoryjnymi, zaś samo rozpoznanie choroby postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza chorób zakaźnych. Powikłania przebytej infekcji muszą utrzymywać się powyżej 30 dni od początku choroby.

29. **Słoniowacizna:** masywny obrzęk tkanek ciała, będący skutkiem zastoju chłonki w następstwie zniszczenia naczyń chłonnych, wskutek przewlekłej infekcji nicieniem z gatunku filaria (filariozę). Masywny obrzęk kończyn dolnych, kończyn górnych, moszny, sromu lub piersi musi mieć charakter przewlekły. Infekcja nicieniem (obecność mikrofilarii)

musi być potwierdzona wynikami odpowiednich testów laboratoryjnych.

Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje, wszystkich innych obrzęków chłonnych, w szczególności będących skutkami innych infekcji (w tym przenoszonych drogą płciową), przebytych urazów, następstw procedur medycznych (w tym przebytych operacji i ich powikłań), zastoinowej niewydolności krążenia, wad wrodzonych (w tym patologii układu chłonnego).

30. **Wirusowe zapalenie mózgu:** infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) o ciężkim przebiegu prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przynajmniej 6 tygodni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa. Wirusowe zapalenie mózgu spowodowane wirusem HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

31. **Toczeń rumieniowaty układowy:** choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi dla niej zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. W obrazie krwi muszą być stwierdzone odchylenia hematologiczne, immunologiczne oraz obecność przeciwciał przeciwdrożdżowych potwierdzające rozpoznanie tocznia. Ponadto konieczne jest stwierdzenie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolność nerek pod postacią:

- stałego utrzymywania się białkomoczu w dobowej zbiórce moczu wyższego niż 0,5 grama/dobę,
- stałych zaburzeń neurologicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 miesięcy. Objawy występujące tylko okresowo, bóle głowy, zaburzenia psychiczne nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”.

Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego i tocznia rumieniowatego krążkowego.

32. **Dystrofia mięśniowa:** postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).

Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się.

33. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego:** Ciężka postać choroby wymagająca wykonania całkowitej resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza gastrologa.

34. **Postać mózgową malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi:** szybko narastająca encefalopatia prowadząca do zaburzeń świadomości (splątania, majaczenia, otępienia, stuporu lub śpiączki), drgawek, deficytów neurologicznych lub psychozy. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza chorób zakaźnych. Ponadto infekcja *Plasmodium falciparum*, jako przyczyna choroby, musi być potwierdzona odpowiednimi wynikami testów laboratoryjnych. Postać mózgową malarii musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu zakończenia leczenia lekami przeciwmalarycznymi.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

- Umowę dodatkową w wybranym wariantcie ochrony zawieramy:
 - na 5 lat albo
 - do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
- Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ciebie 65 lat.
- Umowa dodatkowa wygasa:
 - z dniem wypłaty za trzecią Poważną chorobę w Nieprzerwanym okresie ochrony,
 - z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

- Tak, proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy nie otrzymałeś wypłaty za żadną z Poważnych chorób wskazanych w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony.
- Tak, proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej, także wtedy, gdy w czasie trwania poprzedniej umowy otrzymałeś wypłatę za którąkolwiek z Poważnych chorób wskazanych w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony. W takim przypadku zakres ochrony ulegnie zmianie, zgodnie z załącznikiem do Warunków Umowy dodatkowej (ubezpieczeniem nie będą objęte choroby zaznaczone pomarańczową kropką w wierszu odpowiadającym chorobie, za którą otrzymałeś wypłatę), jednak w Nieprzerwanym okresie ochrony możesz otrzymać maksymalnie 3 wypłaty.
- Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasa z powodu wypłaty za trzecią Poważną chorobę.
- Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi

po ukończeniu przez Ciebie 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Jaką kwotę ci wypłacimy w przypadku Poważnej choroby?

- Wysokość wypłaty wskazana jest w poniższej tabeli:

Pierwsza wypłata	Druga lub trzecia wypłata
100% Sumy ubezpieczenia W przypadku Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) otrzymasz 50% Sumy ubezpieczenia	50% Sumy ubezpieczenia W przypadku Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) otrzymasz 25% Sumy ubezpieczenia

Przykład 1

Pan Jan utracił słuch i otrzymał on od Nationale-Nederlanden wypłatę 100% Sumy ubezpieczenia. Następnie pan Jan przeszedł zabieg Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) i z tego tytułu otrzymał od Nationale-Nederlanden 25% Sumy ubezpieczenia. W kolejnym roku zdiagnozowano u niego Chorobę Alzheimera i otrzymał od Nationale-Nederlanden kolejną wypłatę: 50% Sumy ubezpieczenia. Z powodu dokonania 3 wypłat Umowa dodatkowa wygasa. Pan Jan otrzymał łącznie 175% Sumy ubezpieczenia.

Przykład 2

Pani Zosia przeszła zabieg Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) i otrzymała od Nationale-Nederlanden wypłatę 50% Sumy ubezpieczenia. Następnie u pani Zosi została zdiagnozowana Schyłkowa niewydolność wątroby i z tego tytułu Nationale-Nederlanden wypłaciło 50% Sumy Ubezpieczenia. Umowa dodatkowa trwa nadal.

- Za dzień wystąpienia Poważnej choroby uznaje się:
 - dzień postawienia ostatecznej diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją Poważnej choroby zawartą w Warunkach Umowy dodatkowej – w przypadku Zawału serca, Udaru mózgu, Schyłkowej niewydolności nerek, Śpiączki, Stwardnienia rozsianego, Choroby Parkinsona, Poparzenia trzeciego stopnia, Choroby Alzheimera, Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Niewydolności wątroby, Całkowitego niedowładu, Niedokrwistości aplastycznej, Postępującej twardziny układowej (uogólniona sklerodermia), Pourazowego uszkodzenia mózgu, Utraty wzroku, Utraty mowy, Utraty słuchu, Zakażenia wirusem HIV, Bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, Ropnia mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi, Choroby Leśniowskiego-Crohna, Zakażenia wirusem Ebola, Słoniowacizny, Wirusowego zapalenia mózgu, Schyłkowej niewydolności oddechowej, Tocznia rumieniowatego układowego, Dystrofii mięśniowej, Wrzodzącego zapalenia jelita grubego, Postaci mózgową malarii z trwałym deficytem neurologicznym,
 - dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego – w przypadku Zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu

omijającego wieńcowego (bypass), Angioplastyki naczyń wieńcowych, Operacji zastawek serca, Operacji aorty,

- c) dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w przypadku Przeszczepienia narządów.
3. Kwota, którą wypłacimy zostanie obliczona według Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia Poważnej choroby.
4. Jeżeli w Nieprzerwanym okresie ochrony wystąpi więcej niż jedna Poważna choroba, to ustalenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden nastąpi z uwzględnieniem:
 - a) dnia wystąpienia każdej z tych Poważnych chorób, oraz
 - b) postanowień załącznika do Warunków Umowy dodatkowej.
5. Jeżeli podczas rozpatrywania wniosku o wypłatę, ze zgromadzonej dokumentacji medycznej będzie wynikało, że wystąpiła więcej niż jedna Poważna choroba i według załącznika do Warunków Umowy dodatkowej wypłata za jedną z tych chorób wyklucza wypłatę za pozostałe (zaznaczone pomarańczową kropką w wierszach odpowiadających tym chorobom) Nationale-Nederlanden ustali odpowiedzialność za każdą z tych chorób. Wypłata z tytułu Umowy dodatkowej nastąpi po ustaleniu odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Jak wypłacane będą pieniądze? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Poważna choroba wystąpi w czasie trwania Umowy dodatkowej, otrzymujesz prawo do wypłaty pieniędzy.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Poważnej chorobie, to do wykonania wypłaty będą potrzebne następujące dokumenty:
 - a) kopia Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - b) dokumentacja potwierdzająca zajście Poważnej choroby:
 - karta wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań,
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej,
 - opinie lekarskie i wyniki badań laboratoryjnych oraz inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Informacje co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze zawarte są w Warunkach.

Art. 7 Jakie są Twoje obowiązki?

Wizyta u Lekarza orzecznika – jeśli będziemy potrzebowali stwierdzenia, czy zdiagnozowana choroba jest objęta ubezpieczeniem. Wizyta odbędzie się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

1. Jeżeli chcesz zmienić wariant ochrony, razem z Właścicielem polisy, złóż do nas wniosek.
2. Przed zmianą wariantu na wyższy możemy poprosić Cię o:
 - a) dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia,
 - b) wykonanie badań lekarskich na nasz koszt, w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
3. Zmiana wariantu na wyższy nie jest możliwa po wystąpieniu którejkolwiek Poważnej choroby, objętej ubezpieczeniem.
4. Zmiana wariantu na niższy jest możliwa po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
5. Zmiana wariantu powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowy wariant obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
7. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Jeżeli chcesz podwyższyć Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy, złóż do nas wniosek.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia:
 - a) poprosimy Cię o dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia,
 - b) możemy poprosić Cię o wykonanie badań lekarskich na nasz koszt, w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
3. Możemy poprosić także o informacje dotyczące Twojej sytuacji finansowej lub sytuacji finansowej Właściciela polisy. Informacje te są nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie jest możliwe po wystąpieniu którejkolwiek Poważnej choroby, objętej ubezpieczeniem.
5. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Twojego wieku, okresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia, wybranego wariantu ochrony

i szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę dodatkową. Przy przedłużeniu Umowy dodatkowej na wysokość Składki mogą mieć wpływ Poważne choroby, które wystąpiły w Nieprzerwanym okresie ochrony.

2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

1. Nie wypłacimy pieniędzy, jeśli Poważna choroba jest następstwem:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - b) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
 - c) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawiania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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) Choroby rozpoznanej lub Choroby, której objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (włączając wady wrodzone wraz z ich następstwami).
2. Nie wypłacimy pieniędzy, w przypadku Twojej śmierci w następstwie Poważnej choroby w ciągu 30 dni od dnia jej zajścia.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Warunkach Umowy dodatkowej mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik do Warunków umowy dodatkowej na wypadek

(sposób czytania tabeli na stronie 52)

Pierwsza Poważna choroba

Druga lub trzecia Poważna choroba

Za każdą z poniższych Poważnych chorób Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze w przypadku pierwszej choroby



1. W pomarańczowej kolumnie znajdź Poważne choroby, za które Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze.
2. Sprawdź, za które Poważne choroby nadal możesz otrzymać wypłatę – są to pola bez pomarańczowych kropek.
3. Jeżeli w którymkolwiek z wierszy dotyczących Poważnych chorób, za które otrzymałeś wypłaty, występuje pomarańczowa kropka, oznacza to brak możliwości wypłaty za chorobę oznaczoną tym kolorem.

	Choroba Alzheimera	Operacja aorty	Anemia aplastyczna	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)	Śpiączka	Choroba Creutzfelda-Jakoba	Choroba Leśniowskiego-Crohna	Ebola	Śloniowatość	Wirusowe zapalenie mózgu	Schyłkowa niewydolność wątroby	Schyłkowa niewydolność oddechowa
Choroba Alzheimera	•													
Operacja aorty		•				•	•							
Anemia aplastyczna			•	•	•		•					•		
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych				•	•		•							
Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi				•	•		•							
Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)		•				•	•							
Śpiączka		•	•	•	•	•	•			•		•	•	•
Choroba Creutzfelda-Jakoba							•							•
Choroba Leśniowskiego-Crohna								•					•	
Ebola							•		•			•	•	•
Śloniowatość											•			•
Wirusowe zapalenie mózgu			•				•		•			•		
Schyłkowa niewydolność wątroby							•						•	•
Schyłkowa niewydolność oddechowa							•							•
Zawał serca		•				•	•							
Zakażenie wirusem HIV			•	•	•	•						•		•
Utrata słuchu				•			•							
Utrata mowy							•							
Utrata wzroku							•							
Toczeń rumieniowaty układowy						•								
Poparzenie trzeciego stopnia							•							•
Pourazowe uszkodzenie mózgu							•							
Przeszczep narządów							•						•	•
Stwardnienie rozsiane														
Dystrofia mięśniowa														
Całkowity niedowład							•	•				•		
Choroba Parkinsona														
Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)		•				•								
Niewydolność nerek						•	•						•	
Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)														•
Postać mózgowa malarii							•							•
Udar	•	•				•	•							•
Wrzodzące zapalenie jelita grubego								•					•	
Operacja zastawek serca		•					•							

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog nr ANEKS/DK12/1/2019.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog nr ANEKS/DK12/1/2019

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD12 lub CU12).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia

- 1) **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DK12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
- 2) **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 3) **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 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.
- 5) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarские i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące bez zbędnej zwłoki rozpoczęciu optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej Zawałem serca.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie

wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.

- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach ustalonego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarских i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,
 - albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
- 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 Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej zawałem serca w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
- 12) **„Zawał serca”** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym

podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:

- a) objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
- b) wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
- c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

- 13) **„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.
- 14) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl 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 świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
- 15) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
- 16) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zawał serca leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszenia stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Kardiolog.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Zawału serca wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości skoordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Zawału serca:
 - 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 Zdarzenia ubezpieczeniowego, lub przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
 - 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, 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 Aneksu. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpiezonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
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 z tego tytułu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpiezonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

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 z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub przekazać w/w dokumenty on-line po zalogowaniu do Portalu Ubezpiezonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
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 Ubezpiezonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.

3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpiezonego 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.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 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. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpiezonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpiezonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń 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 Ubezpiezonego;
 - d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza 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.

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

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Zawał serca był leczony lub został zdiagnozowany przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z Zawałem serca przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Aneksu.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następnym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających lub uzależniających.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 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).
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę dodatkową.

Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog nr ANEKS/DN12/1/2019.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog nr ANEKS/DN12/1/2019

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD12 lub CU12).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia

- 1) **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem, DN12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
- 2) **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 3) **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 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.
- 5) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej udarem mózgu.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia Udaru mózgu, polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarstwa i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,
 - albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
- 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 Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej Udarem mózgu w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
- 12) **„Udar mózgu”** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii

komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem.

Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody Przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

- 13) **„Przemijające niedokrwienie mózgu”** – ostry epizod ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24 godzin (TIA, Transient Ischaemic Attack);
- 14) **„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;
- 15) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl 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 świadczeń 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 Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych;
- 17) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Udar mózgu leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Neurolog.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Udaru mózgu wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Udaru mózgu:
 - 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 Zdarzenia ubezpieczeniowego, lub
przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
 - 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, 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. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

- Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
- 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 z tego tytułu.
- 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, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

- W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
- 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.
- 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.

- W przypadku, o którym mowa w art. 3 ust. 2 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.
- 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 okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
- Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w art.3 ust. 2 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 i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

- W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
 - skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
 - 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.
- Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
 - imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - rodzaj koniecznej pomocy;
 - 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.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody Przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za jeżeli udar mózgu był leczony lub został zdiagnozowany przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z udarem mózgu lub przemijającym napadem niedokrwinnym przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszego Aneksu.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następującym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających lub uzależniających.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 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).
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Na jaki okres zawieramy Aneks Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AG12/1/2019

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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AG12/1/2019 (dalej: Aneks)

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD12 lub CU12).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1. **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AG12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2. **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3. **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
4. **„Centrum Alarmowe Partnera medycznego”** – wyodrębniona jednostka w ramach struktury Partnera medycznego czynna całodobowo, siedem dni w tygodniu, do której zobowiązany jesteś zgłosić chęć skorzystania ze świadczeń opisanych w Aneksie pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
5. **„Partner medyczny”** – Europ Assistance Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie;
6. **„Ośrodek referencyjny”** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;

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.
8. **„Lekarz konsultant”** – Lekarz wskazany przez Partnera medycznego.
9. **„Miejsce zamieszkania”** – adres faktycznego zamieszkania Ubezpieczonego na terenie RP podany przy zawarciu umowy/aneksu.
10. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – wystąpienie objawów choroby lub czynników ryzyka, uzasadniające wykonanie Pre-Diagnozy.
11. **„Pre-Diagnoza”** – świadczenia ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Aneksie przyznawane przez Nationale-Nederlanden i realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego obejmujące następujące świadczenia:
 - i. Tele-, lub wideokonsultacja medyczna ogólna,
 - ii. Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej,
 - iii. Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania,
 - iv. Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka,
 - v. Wizyta u lekarza specjalisty,
 - vi. Badania diagnostyczne,
 - vii. Badania genetyczne,
 - viii. Infolinia medyczna,
 - ix. Infolinia szpitalna.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pre-Diagnozę, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, że Pre-Diagnoza realizowana jest wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 4 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?

1. Pre-Diagnoza jest organizowana przez Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego i ma na celu diagnozę objawów chorobowych lub czynników ryzyka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe Pre-Diagnozy dostępne są na warunkach opisanych w Aneksie i są podzielone na dwie części:
 - 1) Część I, która ma na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego lub diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, w której skład wchodzi:
 - a. **Ankieta medyczna Pre-diagnozy – ocena ryzyka zachorowania** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty ankiety medycznej, mającej na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz konieczność i zasadność wykonania dalszych świadczeń Pre-Diagnozy. Jeżeli niemożliwe jest ustalenie zasadności dalszych świadczeń Partner medyczny organizuje tele lub wideokonsultację medyczną ogólną, oraz przygotowuje Plan działań zapobiegawczych po wypełnieniu Ankiety medycznej Pre-diagnozy.
 - b. **Tele lub wideokonsultacje medyczne ogólne** – Nationale-Nederlanden organizuje Tele- lub wideokonsultacje medyczne dotyczące kwestii medycznych, które są realizowane na bieżąco przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7 w terminie 2 godzin od momentu zgłoszenia. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed Tele- lub wideokonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla lekarza specjalisty medycyny rodzinnej.
 - c. **Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej** – jeżeli po tele lub wideokonsultacji z lekarzem specjalistą medycyny rodzinnej Ubezpieczony otrzymał zalecenie wizyty domowej lekarza, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza internisty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - d. **Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka** – na życzenie Ubezpieczonego, po wykonaniu ankiety medycznej Pre-diagnozy, Partner Medyczny przygotowuje plan działań zapobiegawczych dla odpowiedniej grupy ryzyka, w której został zdiagnozowany Ubezpieczony.
 - 2) Część II, która ma na celu dalszą ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, jeżeli po wykonaniu Części I Pre-Diagnozy Lekarz Ośrodka Referencyjnego nie był w stanie potwierdzić diagnozy:
 - a. **Badania diagnostyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań diagnostycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań diagnostycznych. Badania diagnostyczne mają na celu wczesne wykrycie choroby u Ubezpieczonego, nie posiadającego objawów choroby, ale znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania; Lista badań diagnostycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU;
 - b. **Badania genetyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań genetycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań genetycznych. Badania genetyczne mają na celu wczesne zdiagnozowanie Ubezpieczonego, znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania, oraz uprzedzenie rozwoju choroby nowotworowej; Lista badań genetycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU;
3. Świadczenia organizacyjno-informacyjne:
 - a. **Wizyta u lekarza specjalisty** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony;
 - b. **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
 - czynników wpływających na rozwój nowotworów,
 - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu,
 - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów,
 - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów,
 - placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - zasad występowania o opiekę hospicyjną,
 - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych, fundacjach onkologicznych,
 - bazy danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
 - bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,

- bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitali prywatnych, szpitali najwyższego stopnia referencji oraz klinik Akademii Medycznych),
- bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
- bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań, danego schorzenia, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- danego leku, jego (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- zasad zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
- grup wsparcia i telefonów zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
- uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- Instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroscopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

Udzielane informacje, o których mowa w lit b) powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

4. Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
 - a. dostępności szpitali prywatnych,
 - b. zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
 - c. danych teleadresowych poszczególnych szpitali,
 - d. średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.
5. W celu skorzystania z Pre-Diagnozy powinieneś:
 - a. skontaktować się z Partnerem medycznym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
- b. przy kontakcie z Partnerem medycznym podać następujące informacje:
 - i. imię i nazwisko,
 - ii. numer PESEL lub numer polisy Nationale-Nederlanden,
 - iii. numer telefonu, pod którym Partner medyczny może się z Tobą skontaktować,
 - iv. lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest potrzebna,
 - v. inne informacje niezbędne pracownikowi Partnera medycznego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
6. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń w ramach Pre-Diagnozy decyduje Partner medyczny.
7. Centrum Alarmowe Partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym, w celu zgromadzenia pełnej historii zachorowania oraz dokumentacji medycznej. W przypadku gdy lekarz Centrum Alarmowego Partnera medycznego uzna, że zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego w związku z realizacją świadczenia z Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do wykonania usług Pre-Diagnozy. Za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną na piśmie upoważniony przez Nationale-Nederlanden lekarz z Centrum Alarmowego Partnera medycznego może wystąpić do placówek medycznych o udostępnienie niezbędnej dokumentacji medycznej.
8. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Nationale-Nederlanden lub Partnera medycznego nie będzie możliwe wykonanie świadczeń określonych w ust. 2-3 w terminie do 3 dni, po otrzymaniu przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Nationale-Nederlanden zwróci Ubezpieczonemu pokryte przez niego koszty wykonania tych świadczeń, do limitów wskazanych w niniejszym Aneksie. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej, do limitów określonych w art.5.
9. W przypadku, o którym mowa w powyższym punkcie zgłoszenie o refundację kosztów świadczenia powinno zawierać:
 - a. numer rachunku bankowego, na który winna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
 - b. oryginały lub skany wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
10. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego refunduje koszt świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia i jego wysokość.

Art. 5 Jakie limity obowiązują w ramach Pre-Diagnozy?

1. Poszczególne rodzaje świadczeń są realizowane w ramach limitów wskazanych w poniższej tabeli:

Opcja	Limit na świadczenie w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego
Tele- lub wideokonsultacja medyczna ogólna	4 razy
Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej	2 razy / nie więcej niż 500 zł na wizytę
Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania	1 raz
Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka	1 raz
Organizacja wizyty lekarza specjalisty	Bez limitu
Organizacja badań diagnostycznych	1 raz / nie więcej niż 500 zł
Organizacja badań genetycznych	1 raz / nie więcej niż 1000 zł
Infolinia medyczna	Bez limitu
Infolinia szpitalna	Bez limitu

Wskazane w powyższej tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu ochrony udzielanej na podstawie Aneksu.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Świadczenia opisane Aneksem nie zostaną realizowane:
 - a) jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać z Pre-Diagnozy w związku z objawami, które nie miały miejsca w trakcie obowiązywania w stosunku do Ubezpieczonego Aneksu;
 - b) w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;
 - c) jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na Ubezpieczonego;
 - d) w przypadku działań profilaktycznych, nie mających charakteru Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Art. 7 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych niniejszym Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.
2. Wysokość Składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właścicielem polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów lub po jej zawarciu i w trakcie jej obowiązywania.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Nationale-Nederlanden wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 9 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Anekse?

Jeżeli masz pytania lub wątpliwości dotyczące Pre-Diagnozy możesz je kierować bezpośrednio do Partnera medycznego na dedykowany numer telefonu: **+48 (22) 203 79 24** czynny całodobowo, przez siedem dni w tygodniu.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Anekse stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Anekse mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 11 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja

nr OWU/HX12/1/2019 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6, Art. 7 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 3, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 11 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja nr OWU/HX12/1/2019

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem H12 (wariant podstawowy), kodem HR12 (wariant rozszerzony) oraz kodem HP12 (wariant premium), jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu lub operacja nr OWU/HX12/1/2019 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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. **„OIT”** – oddział intensywnej terapii lub oddział intensywnej opieki medycznej, tj. wydzielony oddział Szpitala przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
3. **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 – procedury medyczne do Warunków Umowy dodatkowej, 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 objawów choroby, urazu. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 – procedury medyczne.
4. **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach Umowy dodatkowej stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
5. **„Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze”** – Pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
6. **„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).
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 Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
8. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
9. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
10. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota, która stanowi podstawę do obliczenia wypłaty z tytułu Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji.
11. **„Świadczenie”** albo **„Pieniądze”** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
- Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta w wariantach podstawowym, rozszerzonym albo premium.
- Ubezpieczenie obejmuje:
 - w wariantach podstawowym (kod: HI12): Pobyt w szpitalu, Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operację spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - w wariantach rozszerzonym (kod: HR12): Pobyt w szpitalu, Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operację wskazane w Załączniku nr 1 – procedury medyczne, spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem.
 - w wariantach premium (kod: HP12): Pobyt w szpitalu, Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacje wskazane w Załączniku nr 1 – procedury medyczne, spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz pozostałe Operacje nie wymienione w Załączniku nr 1 – procedury medyczne spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem.
- W wariantach rozszerzonym oraz wariantach premium przez 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem; tego ograniczenia nie stosuje się w razie przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

- Umowa dodatkowa w wybranym wariantach ochrony zawierana jest:
 - na 5 lat albo
 - do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
- Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
- Umowa dodatkowa wygasa:
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
 - z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - z dniem wypłaty 400% Sumy ubezpieczenia. Limit 400% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty świadczeń wypłaconych w okresie, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta. Do wypłaty Pieniądzy brana jest pod uwagę Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

- Tak, Nationale-Nederlanden proponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli łączna kwota świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu w czasie trwania poprzedniej umowy nie wyniosła 400% Sumy ubezpieczenia.
- Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku Pobytu w szpitalu?

- Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu pieniądze za Pobyt w szpitalu, który trwał nie krócej niż 3 dni, wliczając dzień przyjęcia do Szpitala.
- Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest 1. Dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego.
- Dziennie świadczenie szpitalne stanowi odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym Dniu pobytu w szpitalu zgodnie z poniższą tabelą:

Przyczyna Pobytu w szpitalu		1.-14. dzień	Od 15. dnia
Choroba	Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego	0,6% Sumy ubezpieczenia	0,6% Sumy ubezpieczenia
	Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego w przypadku pobytu na OIT	1,2% Sumy ubezpieczenia	0,6% Sumy ubezpieczenia
Nieszczęśliwy wypadek	Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego	1,2% Sumy ubezpieczenia	0,6% Sumy ubezpieczenia

- Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno Świadczenie za ten sam okres Pobytu w szpitalu.
- Pobytu w szpitalu nie przerywa:
 - przeniesienie Ubezpieczonego do innego Szpitala zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
 - czasowa nieobecność Ubezpieczonego w Szpitalu, pod warunkiem że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz nieobecność ta nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Pobytu w szpitalu.
- Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Pobytu w szpitalu uprawnionym do Świadczenia jest Uposażony, wskazany przez Ubezpieczonego w Umowie podstawowej.

- Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do Świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki, wymagalne w 1. Dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 6 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze?

- Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w ostatnim dniu Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze.
- Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest 14. dzień nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego Świadczenia szpitalnego.
- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do jednego Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze w Roku polisowym.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze uprawnionym do Świadczenia jest Uposażony, wskazany przez Ubezpieczonego w Umowie podstawowej.
- Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do Świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki, wymagalne w 14. dniu nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu objętym obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego.

Art. 7 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku operacji?

- W przypadku Operacji Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, obowiązującej w dniu przeprowadzenia Operacji zgodnie z poniższą tabelą:

Kategoria procedury medycznej*	% Sumy ubezpieczenia
I	100%
II	75%
III	50%
IV	25%
V	10%

*Kategoria najwyższa – „I” (Podział procedur medycznych na kategorie zawiera Załącznik nr 1.)

- Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie premium – w przypadku gdy u Ubezpieczonego zostanie przeprowadzona Operacja polegająca na przeprowadzeniu procedur medycznych, które nie zostały wymienione w Załączniku nr 1 – procedury medyczne Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie o którym mowa powyżej może być wypłacone tylko raz w ciągu jednego roku polisowego.
- Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest dzień przeprowadzenia Operacji.

- Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu takich samych procedur medycznych, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji.
- Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku nr 1 – procedury medyczne, Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
- Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie premium i podczas jednej Operacji przeprowadzone zostały jednocześnie procedury medyczne zawarte w Załączniku nr 1 – procedury medyczne oraz procedury medyczne medyczne które nie zostały wymienione w Załączniku nr 1 – procedury medyczne Nationale-Nederlanden wypłaci Pieniądze tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Operacji uprawnionym do Świadczenia jest osoba wskazana przez tego Ubezpieczonego jako Uposażony w Umowie podstawowej.
- Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do Świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki, wymagalne na dzień przeprowadzenia Operacji.

Art. 8 Jakie dokumenty należy przekazać Nationale-Nederlanden, żeby otrzymać pieniądze?

- Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
- Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
 - urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - kartą wypisu ze Szpitala; w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał,
 - dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań,
 - kartą wypisu ze Szpitala określającą okres pobytu na OIT lub z innym dokumentem dotyczącym pobytu na OIT – w przypadku pobytu na OIT,
 - dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej,
 - dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym) – jeśli Pobyt w szpitalu lub Operacja spowodowane były Nieszczęśliwym wypadkiem,

- innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia oraz jego wysokości – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Podwyższenie i obniżenie Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, w celu dokonania oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego, Nationale-Nederlanden może zwrócić się o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim; badania odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Wniosek zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 10 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od wieku Ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia, wybranego wariantu ochrony i szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę dodatkową
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Operacja, Pobyt w szpitalu lub Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
 - a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
 - b) kontynuacji leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków lub chorób (włączając leczenie chorób i wad wrodzonych wraz z ich następstwami) rozpoczętego przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,

- c) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
- d) choroby psychicznej,
- e) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- f) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
- g) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- 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) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego.
- j) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zezą),
- k) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększania i pomniejszania piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
- l) leczenia lub operacji związanej z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją,
- m) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
- n) operacji stulejki,
- o) wyłyżeczkowania jamy macicy.
- p) rany skóry lub tkanki podskórnej
- r) cesarskiego cięcia oraz nacięcia i szycia krocza przy porodzie.

2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł, także wtedy, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku nr 1 – procedury medyczne do Warunków Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Operacja, Pobyt w szpitalu lub Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa powyżej nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia

Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Lekarz zalecił Ubezpieczonemu poddanie się Operacji lub Pobyt w szpitalu.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia za zdarzenia będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się lub Operacja została przeprowadzona po 60 dniach od zajścia tego Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Warunkach Umowy dodatkowej mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Plan na powrót do zdrowia po chorobie nr ANEKS/HC12/1/2019.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – Plan na powrót do zdrowia po chorobie nr ANEKS/HC12/1/2019

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych:
 - a) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby, wariant podstawowy (kod: HD12),
 - b) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby, wariant premium (kod: HE12),
 - c) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja, wariant rozszerzony (kod: HR12),
 - d) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja, wariant premium (kod: HP12).
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z wymienionych w ust. 1 umów.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia

- 1) **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1., oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HC12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
- 2) **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 3) **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 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.
- 5) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego, u którego konieczne jest dalsze leczenie i diagnostyka po leczeniu szpitalnym (po 10 dniowym pobycie w szpitalu) polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarstwa i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,
 - albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
- 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 Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia po pobycie w szpitalu w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.

- 12) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach Umowy dodatkowej stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia, trwający nieprzerwanie minimum 10 dni, którego przyczyną była Choroba. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
- 13) **„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 za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 14) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
- 15) **„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.
- 16) **„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.
- 17) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl 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 świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
- 18) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
- 19) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą, która wymaga po zakończeniu Pobytu w szpitalu wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Plan na powrót do zdrowia po chorobie.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień wypisu ze Szpitala wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Pobytu w szpitalu spowodowanego Chorobą:
 - 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 Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą, lub przekazać w/w dokumenty on-line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
 - 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, 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. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

- Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
- 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 z tego tytułu.
- 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, wskazanym w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

- W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub przekazać w/w dokumenty on-line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego, aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
- 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.
- 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.
- W przypadku, o którym mowa w ust 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.
- 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 okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
- Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 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 i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń 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.
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,
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli hospitalizacja była:
 - a) skutkiem leczenia powikłań ciąży, związana z porodem lub leczeniem niepłodności;
 - b) krótsza niż 10 dni;
 - c) skutkiem uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych;
 - d) skutkiem świadomego nie poddania się zaleceniom lub ambulatoryjnej opiece lekarskiej;
 - e) spowodowana wykonaniem planowych badań diagnostycznych,
 - f) skutkiem Choroby psychicznej.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszego Aneksu.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa

w Art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następnym:

- a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających lub uzależniających takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w Art. 3 ust. 2 wymagające wykonania:
 - 1) badań genetycznych;
 - 2) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - 3) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Plan na powrót do zdrowia po wypadku nr ANEKS/HW12/1/2019.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – Plan na powrót do zdrowia po wypadku nr ANEKS/HW12/1/2019

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych:
 - a) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku, wariant podstawowy (kod: HB12),
 - b) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku, wariant premium (kod: HF12),
 - c) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja, wariant podstawowy (kod: HI12),
 - d) Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja, wariant premium (kod: HP12),
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia

- 1) **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HW12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
- 2) **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 3) **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 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.
- 5) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego, u którego konieczne jest dalsze leczenie i diagnostyka po Pobytku w szpitalu spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem, polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarstwa i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,
 - albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego;
- 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 Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego, służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia po Pobytku w szpitalu spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem, w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.

- 12) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach Umowy dodatkowej stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia, trwający nieprzerwanie minimum 10 dni. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
- 13) **„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 za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 14) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
- 15) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 16) **„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.
- 17) **„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.
- 18) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl 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 świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
- 19) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
- 20) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który wymaga po zakończeniu leczenia szpitalnego wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej służącej bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia w celu przywrócenia, zachowania, poprawy zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Plan na powrót do zdrowia po wypadku.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację świadczenia medycznego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień wypisu ze Szpitala wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Pobytu w szpitalu spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem.
 - 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 Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, lub

przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.

- 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, 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. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
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 z tego tytułu.
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, wskazanym w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

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 z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego, aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
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.
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.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 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. 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 okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 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 i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń 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.
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.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem był krótszy niż 10 dni.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe które zostało spowodowane lub miało miejsce w następnym:
 - 1) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przestępstwa,

- 3) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- 4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
- 5) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych rozumianych jako:
 - a) sporty powietrzne tj.: skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, szybownictwo, amatorskie pilotowanie samolotów silnikowych;
 - b) kolarstwo górskie,
 - c) sporty motorowe,
 - d) wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia,
 - e) skoki akrobatyczne na nartach i snowboardzie, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, kitesurfing (wodny i zimowy),
 - f) sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie,
 - g) jazda konna, polo,
 - h) nurkowanie z użyciem sprzętu umożliwiającego oddychanie sprężonym powietrzem lub inną mieszanką,
 - i) myślistwo,
 - j) rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
 - k) sporty walki i systemy walki.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w Art. 3 ust. 2 wymagające wykonania pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET).

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Anekssem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Na jaki okres zawierany Aneks. Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.

2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała
nr OWU/AB12/1/2017 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 11 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała

nr OWU/AB12/1/2017

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała.

Ty – jako Ubezpieczony – jesteś uprawniony do Pieniędzy z tytułu tej umowy, i dlatego w treści dokumentu zwracamy się bezpośrednio do Ciebie.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała.
2. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
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 na wypadek uszkodzenia ciała za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
4. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
5. **„Pierwsza pomoc finansowa”** – dodatkowe pieniądze wypłacane w przypadku Złamania lub Zwichnięcia, jeśli został wybrany wariant pełny ochrony.
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 na okres co najmniej 10 dni. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.
8. **„Uszczerbek na zdrowiu”** – uszkodzenie organu, narządu lub układu, powodujące trwałe upośledzenie czynności organizmu, powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. **„Uszkodzenie ciała”** – Złamanie, Zwichnięcie lub Uszczerbek na zdrowiu.

Pamiętaj, że pieniądze za Uszczerbek na zdrowiu wypłacimy, jeśli doznasz trwałej utraty zdrowia. Zazwyczaj jest tak, że dopiero po leczeniu i rehabilitacji wiadomo, jak dużego Uszczerbku na zdrowiu doznałeś. Wyjątkiem są sytuacje bezsporne, jak np. utrata palca.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 17 lat i nie ukończyłeś 61 lat.
2. Możesz wybrać jeden z 3 dostępnych wariantów ochrony. Każdy kolejny (wyższy) wariant zapewnia szerszą ochronę, zgodnie z tabelą:

Wariant podstawowy (kod: A112)	Wariant rozszerzony (kod: B112)	Wariant pełny (kod: AB12)
Uszczerbek na zdrowiu od 5%	Uszczerbek na zdrowiu od 1%	Uszczerbek na zdrowiu od 1%

Oznacza to, że za drobne uszczerbki na zdrowiu, mniejsze niż 5%, nie wypłacimy pieniędzy. Jednak jeśli w wyniku wypadku doznasz kilku drobnych uszczerbków i łącznie wyniosą min 5% wówczas wypłacimy pieniądze.

Pierwsza pomoc finansowa w razie Złamania i Zwichnięcia

Ile maksymalnie wypłacimy z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała w ciągu 5 lat okresu ubezpieczenia?

Maks. 100% wybranej Sumy ubezpieczenia	Maks. 100% wybranej Sumy ubezpieczenia	Maks. 150% wybranej Sumy ubezpieczenia
--	--	--

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

- Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała w wybranym przez Ciebie wariantcie zawieramy:
 - na 5 lat albo
 - do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
- Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat.
- Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała wygasa:
 - z dniem wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia, jeśli wybrałeś wariant podstawowy lub rozszerzony,
 - z dniem wypłaty 150% Sumy ubezpieczenia, jeśli wybrałeś wariant pełny,
 - z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

- Tak, przed zakończeniem Umowy dodatkowej proponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej, bądź analogicznej Umowy dodatkowej, pozostającej w aktualnej ofercie Nationale-Nederlanden, chyba że umowa ta wygasła w związku z wykorzystaniem limitu Sumy ubezpieczenia (100% albo 150% Sumy ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu ochrony).
- Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Jaką kwotę ci wypłacimy jeśli doznasz uszkodzenia ciała?

- Kwota, jaką wypłacimy jest uzależniona od tego, jakiego doznasz Uszkodzenia ciała:
 - w przypadku Uszczerbku na zdrowiu wypłacimy odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wskazany w Załączniku nr 1 – Tabela Uszczerbków na zdrowiu nr 1/2015.
 - w przypadku Zwichnięcia albo Złamania wypłacimy Pierwszą pomoc finansową w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wskazanego w Załączniku nr 2 – Tabela Złamań i Zwichnięć nr 1/2015. Wypłata tego dodatkowego świadczenia nie wyklucza późniejszej wypłaty z tytułu Uszczerbku na zdrowiu.
- Stopień Uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez Nationale-Nederlanden po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po 3 latach od Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem doznałeś 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.
- Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała ulegniesz Nieszczęśliwemu wypadkowi, w związku z którym doznasz Uszkodzenia ciała, możesz otrzymać:
 - do 100% Sumy ubezpieczenia, jeśli zdecydowałeś się na wariant podstawowy albo rozszerzony,
 - do 150% Sumy ubezpieczenia, jeśli zdecydowałeś się na wariant pełny.
 Jest to maksymalna kwota, jaką wypłacimy z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała.

Art. 6 Jak wypłacane będą pieniądze? Co jest potrzebne?

- Jeżeli doznasz Uszkodzenia ciała, masz prawo do świadczenia.
- Jeżeli poinformujesz nas o Uszkodzeniu ciała, do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali od Ciebie:
 - kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Uszkodzenia ciała (np. karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zaświadczeń lekarskich, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań),
 - dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowej z policji lub innej),
 - innych dokumentów potrzebnych od określenia tytułu wypłaty świadczenia i jej wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

3. Wskazane jest, abyś złożył wniosek o wypłatę pieniędzy po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.

↑

Określenie jak dużego doznałeś Uszczerbku na zdrowiu jest możliwe po leczeniu i rehabilitacji, np. po złamaniu nogi często można przywrócić część jej sprawności odpowiednią rehabilitacją. Inaczej jest w przypadku np. utraty nogi. Nie trzeba czekać z wnioskiem o wypłatę, ponieważ w takim przypadku proces leczenia nie wpłynie na stopień Uszczerbku na zdrowiu.

4. Decyzja o wysokości Uszczerbku na zdrowiu jest podejmowana na podstawie zgromadzonej dokumentacji w oparciu o załączniki nr 1 i 2.
5. Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 7 Jakie są twoje obowiązki?

Wizyta u Lekarza – jeśli będziemy potrzebowali potwierdzenia, czy doznałeś Uszkodzenia ciała. Wizyta odbędzie się w wyznaczonej przez nas placówce medycznej i na nasz koszt.

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

Umowę podpisujemy z Właścicielem polisy. Jeśli Ty nim jesteś – poprosimy jedynie Ciebie o wniosek. Jeśli Właścicielem polisy jest np. Twoja żona, która opłaca Składkę, to musimy prosić także ją o akceptację zmiany Składki i Warunków polisy.

↓

1. Jeżeli chcesz zmienić wariant, razem z Właścicielem polisy złóż do nas wniosek.
2. Zmiana wariantu na niższy jest możliwa po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
3. Zmiana wariantu powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała.
4. Nowy wariant obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
5. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy złóż do nas wniosek.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia poprosimy Cię o informacje o Twoim zawodzie i uprawianym przez Ciebie sporcie i hobby.
3. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po wystąpieniu Uszkodzenia ciała.

4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
7. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia oraz wybranego wariantu ochrony. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ciebie zawód oraz uprawiany przez Ciebie sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

Nie wypłacimy pieniędzy, jeśli Uszkodzenie ciała:

- a) jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
- b) jest następstwem spożywania lub pozostawiania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
- c) miało miejsce w następstwie prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie byłeś do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) jest następstwem Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie, speleologia, sporty walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
- e) powstało w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 62/2017 z dnia 11 października 2017 r., wchodzą w życie z dniem 23 października 2017 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda nr ANEKS/YO12/1/2019.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda nr ANEKS/YO12/1/2019

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała (oznaczonej kodem: AB12 lub AI12 lub BI12).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia

- 1) **„Aneks”** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem YO12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
- 2) **„Warunki standardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 3) **„Warunki niestandardowe”** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
- 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.
- 5) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie, po złamaniu kości lub zwichnięciu stawu.
- 6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 7) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
- 8) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegające na:
 - a) organizacji wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarstwa i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie, albo
 - b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego;
- 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 Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji wskutek złamania kości lub zwichnięcia stawu w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
- 12) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Aneksu, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Złamania kości lub Zwichnięcia

- stawu. Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
- 13) **„Złamanie kości”** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym
 - 14) **„Zwichnięcie stawu”** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą na okres co najmniej 10 dni. Za Zwichnięcie stawu nie uważa się zwichnięć nawykowych.
 - 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 znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl 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 świadczeń 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 Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych;
 - 18) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – następujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Złamanie kości lub Zwichnięcie stawu rozpoznane przez Lekarza leczącego udzielającego pierwszej pomocy wymagające wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Pakiet Ortopeda.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Złamania kości lub Zwichnięcia stawu wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem

- Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Złamania lub Zwichnięcia stawu:
 - 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 zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego lub przekazać w/w dokumenty on-line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego, aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
 - 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, 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.

Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

- Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpiezonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
- 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 z tego tytułu.
- Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpiezonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazane w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

- W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
 - oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
 - wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpiezonego, aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
- 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 Ubezpiezonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.

- Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpiezonego 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.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 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.
- Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpiezonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
- Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpiezonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

- W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
 - skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpiezonego;
 - zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
 - 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.
- Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
 - imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpiezonego;

- 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.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli złamanie kości lub zwichnięcie stawu:
- 1) zostało zdiagnozowane lub było leczone 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;
 - 2) jest skutkiem uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych rozumianych jako:
 - a) sporty powietrzne tj.: skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, szybownictwo, amatorskie pilotowanie samolotów silnikowych;
 - b) kolarstwo górskie,
 - c) sporty motorowe,
 - d) wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia,
 - e) skoki akrobatyczne na nartach i snowboardzie, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, kitesurfing (wodny i zimowy),
 - f) sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie,
 - g) jazda konna, polo,
 - h) nurkowanie z użyciem sprzętu umożliwiającego oddychanie sprężonym powietrzem lub inną mieszanką,
 - i) myślistwo,
 - j) rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich,
 - k) sporty walki i systemy walki;
 - 3) jest następstwem spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
 - 4) powstało w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 5) zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego,

- zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- 6) są skutkiem działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - 7) są skutkiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 8) wystąpiły w przebiegu choroby nowotworowej.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 wymagające wykonania:
- 1) badań genetycznych;
 - 2) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - 3) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Na jaki okres zawieramy Aneks. Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
 - a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
 - b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka
nr OWU/AC12/1/2018 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 10 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka

nr OWU/AC12/1/2018

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka.

Dziecko – jako Ubezpieczony – jest uprawnione do Pieniędzy z tytułu tej umowy.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **„Dziecko”** – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 3. rok życia a nie ukończył 17. roku życia.
- 2) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy wypłacimy Dziecku z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka.
- 3) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
- 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 Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 5) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
- 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.

- 8) **„Uszkodzenie ciała”** – zdarzenie powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku i wskazane w Załączniku nr 1 – Tabela Uszkodzeń ciała dziecka nr 1/2016.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte Dziecko, które ukończyło 3. rok życia i nie ukończyło 17. roku życia.
2. Ubezpieczamy zdrowie Dziecka i wypłacimy pieniądze w przypadku Uszkodzeń ciała wskazanych w Załączniku nr 1 – Tabela Uszkodzeń ciała dziecka nr 1/2016.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała dziecka zawieramy:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka, dla Dzieci które w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej nie ukończyły 14. roku życia, albo
 - c) do rocznicy trwania Umowy, która nastąpi po ukończeniu przez Dziecko 18. roku życia, dla Dzieci, które w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej ukończyły 14. rok życia.
2. Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Dziecko 18 lat.
3. Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka wygasa:
 - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - b) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
 - c) z dniem wypłaty 150% Sumy ubezpieczenia, przy czym limit 150% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych w okresie, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta. Do wypłaty Pieniędzy brana jest pod uwagę Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, przed zakończeniem Umowy dodatkowej zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej, pozostającej w aktualnej ofercie Nationale-Nederlanden, chyba że umowa ta wygasła w związku z wykorzystaniem limitu Sumy ubezpieczenia (150% Sumy ubezpieczenia).
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Dziecko 18 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Uszkodzenia ciała Dziecka?

1. W przypadku Uszkodzenia ciała wypłacimy odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wskazany w Załączniku nr 1 – Tabela Uszkodzeń ciała dziecka nr 1/2016.
2. Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej Dziecko ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi, w związku z którym dozna Uszkodzenia ciała, wypłacimy do 150% Sumy ubezpieczenia. Jest to maksymalna kwota, jaką wypłacimy z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka.

Art. 6 Jak wypłacane będą pieniądze? Co jest potrzebne?

1. Dziecko nabywa prawo do Świadczenia z chwilą doznania Uszkodzenia ciała.
2. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
 - a) kopię dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
 - b) skróconym odpisem aktu urodzenia Dziecka
 - c) dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie Uszkodzenia ciała (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - d) dokumentem potwierdzającym zajście okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji lub inna),
 - e) innym dokumentem potrzebnym do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jej wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
4. Decyzja o wypłacie Świadczenia jest podejmowana na podstawie zgromadzonej dokumentacji w oparciu o Załącznik nr 1 – Tabela Uszkodzeń ciała dziecka nr 1/2016.
5. Wypłaty będą realizowane zgodnie z dyspozycją wskazaną we wniosku – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 7 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego Dziecka?

Wizyta u Lekarza – jeśli będziemy potrzebowali potwierdzenia, czy Ubezpieczony doznał Uszkodzenia ciała. Wizyta odbędzie się w wyznaczonej przez nas placówce medycznej i na nasz koszt.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Podwyższenie i obniżenie Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy. Wniosek wymaga akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia w celu dokonania oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego zwrócimy się z prośbą o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Dziecka oraz o informacje o uprawianym przez Dziecko sporcie i hobby.
3. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała dziecka.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłaconą Składka w nowej wysokości.
7. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała dziecka jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki może mieć wpływ uprawiany przez Dziecko sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała dziecka jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

Nie wypłacimy pieniędzy, jeśli Uszkodzenie ciała:

- a) jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
- b) jest następstwem spożywania lub pozostawiania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
- c) miało miejsce w następstwie prowadzenia przez Dziecko pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie było do tego uprawnione lub jeżeli

- pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) jest następstwem udziału Dziecka w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie, speleologia, sporty walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
 - e) powstało w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 13/2018 z dnia 21 marca 2018 r., wchodzą w życie z dniem 5 kwietnia 2018 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/PD12/1/2016 (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. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 3, Art. 10 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo

wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/PD12/1/2016

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PD12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/PD12/1/2016 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Dziecko”** – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1 rok życia a nie ukończył 18. roku życia.
2. **„Trwałe inwalidztwo całkowite”** – uszkodzenie ciała doznane przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało całkowitą, bezterminową i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej. Trwałe inwalidztwo całkowite Dziecka wiąże się z koniecznością zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku.
3. **„Trwałe inwalidztwo częściowe”** – fizyczna utrata części ciała albo całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała albo uszkodzenie ciała doznane przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, określone w Tabeli inwalidztwa częściowego.
4. **„Trwałe inwalidztwo”** – Trwałe inwalidztwo całkowite lub Trwałe inwalidztwo częściowe.
5. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
6. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota, która stanowi podstawę do obliczenia Świadczenia wypłacanego w przypadku zajścia Trwałego inwalidztwa.
7. **„Postępowanie terapeutyczne”** – postępowanie mające na celu przywrócenie zaburzonych na skutek

Nieszczęśliwego wypadku funkcji poszczególnych organów.

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.
9. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczenie obejmuje Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, które nastąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa całkowitego,

- b) z dniem wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa.
Limit 200% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznej kwoty świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego wypłaconych w okresie, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta. Limit 200% odnosi się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Trwałego inwalidztwa.
- c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
- d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Ubezpieczonemu Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego lub wypłatą 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Ubezpieczonemu Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego lub wypłatą 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa.
3. Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do pieniędzy z chwilą zajścia Trwałego inwalidztwa. Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze także wtedy, gdy Trwałe inwalidztwo nastąpiło po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci:
 - a) Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Trwałego inwalidztwa częściowego, zgodnie z poniższą tabelą:
3. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony jednocześnie do Świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego i z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego, to Nationale-Nederlanden wypłaci tylko wyższą z tych kwot.
4. Jeśli Trwałe inwalidztwo nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej, podstawą do obliczenia Świadczenia jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w Tabeli inwalidztwa częściowego w obrębie tej samej kończyny Nationale-Nederlanden wypłaci kwotę równą największej wartości Świadczenia należnego za jedną z utraconych części ciała.

6. Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki wymagalne na dzień zajścia Trwałego inwalidztwa lub na dzień poprzedzający dzień rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy dodatkowej.

Tabela inwalidztwa częściowego

Lp.	Zdarzenie	% Sumy ubezpieczenia
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a) rozległe, szpecące, ściągające blizny o długości co najmniej 5 cm	5%
	b) całkowite oskalpowanie – utrata skóry owłosionej	30%
2.	Uszkodzenie kości czaszki:	
	a) szczeliny złamań wgłobienia, fragmentacja	5%
	b) ubytki w kościach na całej jej grubości poniżej 10 cm kwadratowych	10%
	c) ubytki w kościach na całej jej grubości powyżej 10 cm kwadratowych	15%
3.	Padaczka pourazowa z napadami typu grandmal utrzymująca się pomimo leczenia:	
	a) z co najmniej 3 napadami w miesiącu	25%
	b) z co najmniej 1 lub 2 napadami w miesiącu	15%
4.	Utrata mowy – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym. Ubezpieczeniem nie są objęte utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	100%
	5. Utrata nosa w całości – włącznie z kośćmi nosa	20%
6.	Utrata języka:	
	a) całkowita	50%
	b) częściowa, powodująca zaburzenia funkcji	10%
7.	Utrata małżowiny usznej:	
	a) całkowita	15%
	b) częściowa lub znaczne zniekształcenie	5%
	c) całkowita utrata obu małżowin	25%
8.	Utrata słuchu w obu uszach – całkowita, stała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	100%
	9. Utrata słuchu w jednym uchu – całkowita, stała i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	50%
10.	Ubytek słuchu powyżej 70 dB wg Rosera:	
	a) w jednym uchu	20%
	b) w obu uszach	50%

11.	Utrata wzroku w obu oczach – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	100%
12.	Utrata wzroku w jednym oku – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	50%
13.	Uszkodzenie krtani z jej zwężeniem: a) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej b) z dusznościami, chrypką, pozwalające na funkcjonowanie bez rurki tchawiczej	40% 15%
14.	Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem powodujące duszność w trakcie wysiłku	15%
15.	Uszkodzenie przełyku: a) umożliwiające odżywianie jedynie płynami b) z całkowitą niedrożnością, wymagające stałej przetoki żołądkowej	25% 70%
16.	Uszkodzenie mostka wskutek złamania z jego zniekształceniem	5%
17.	Całkowita utrata jednego płuca	30%
18.	Częściowa utrata płuca (obejmująca co najmniej jeden płat)	12%
19.	Uszkodzenie serca z przerwaniem ciągłości jego ściany	40%
20.	Uszkodzenie żołądka z koniecznością jego wycięcia: a) częściowego b) całkowitego	10% 30%
21.	Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego z koniecznością jego wycięcia: a) obejmującego mniej niż 50% długości b) obejmującego więcej niż 50% długości	10% 30%
22.	Całkowite usunięcie śledziony	15%
23.	Uszkodzenie wątroby z koniecznością jej częściowego wycięcia	20%
Lp.	Zdarzenie	% Sumy ubezpieczenia
24.	Całkowita utrata jednej nerki	30%
25.	Oparzenia II i III stopnia obejmujące: a) od 10% do 30% powierzchni ciała b) powyżej 30% powierzchni ciała	15% 40%
26.	Staw rzekomy kości udowej	30%
27.	Staw rzekomy kości piszczelowej	20%
28.	Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
29.	Staw rzekomy kości ramieniowej	30%
30.	Staw rzekomy kości promieniowej	20%
31.	Staw rzekomy kości łokciowej	20%
32.	Złamania miednicy: a) z przerwaniem ciągłości obręczy, zniekształceniem i upośledzeniem chodu b) bez przerwania ciągłości obręczy, z zaburzeniami funkcji	25% 10%
33.	Złamanie kompresyjne kręgu – za każdy kręgosłupa	4%

Fizyczna utrata części ciała albo całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała

34.	Utrata nogi	70%
35.	Utrata podudzia	60%
36.	Utrata obu podudzi	100%
37.	Utrata stopy	50%
38.	Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
39.	Utrata dużego palca u stopy	10%
40.	Utrata palca (wszystkie paliczki) u stopy (z wyjątkiem dużego palca)	2%
41.	Utrata ramienia	75%
42.	Utrata przedramienia	70%
43.	Utrata dłoni	60%
44.	Utrata kciuka	16%
45.	Utrata jednego paliczka kciuka	10%
46.	Utrata palca wskazującego	10%
47.	Utrata palca środkowego	8%
48.	Utrata palca serdecznego	6%
49.	Utrata palca małego	4%
50.	Utrata jednego paliczka palca ręki (wyłączając kciuk)	2%
51.	Utrata dwóch paliczków palca ręki (wyłączając kciuk)	3%
52.	Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk)	45%
53.	Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	30%

Art. 6 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:

- w celu określenia, czy Ubezpieczony doznał i pozostaje w stanie Trwałego inwalidztwa,
- w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.

Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

- Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawiany przez Ubezpieczonego sport i hobby.

2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego. Przekazanie tych informacji jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać poinformowane o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Trwałego inwalidztwa (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
 - c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
 - d) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym),
 - e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia oraz jego wysokości – na wniosek Nationale-Nederlanden.
3. Wskazane jest, aby Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę Świadczenia po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.

Art. 10 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego inwalidztwa, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie:

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
- b) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
- c) 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 drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/AD12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/AD12/1/2016

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AD12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/AD12/1/2016 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
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 za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
3. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
4. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę na całym świecie.

3. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego i w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od tego wypadku, wypłaci pieniądze osobom uprawnionym.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia,
 - b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Sumy ubezpieczenia.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku?

1. Uposażony nabywa prawo do Sumy ubezpieczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Art. 6 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawiany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się a wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego. Przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wypłata Sumy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku o wypłatę, do którego należy dołączyć dokumenty wskazane w Warunkach oraz dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatkę urzędową z policji).

Art. 9 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, został spowodowany lub miał miejsce w następnym:

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
- b) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
- c) 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 drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

nr OWU/AT12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 9 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

nr OWU/AT12/1/2016

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AT12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego nr OWU/AT12/1/2016 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Wypadek komunikacyjny”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, zaistniałe w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer albo kierujący pojazdem szynowym, pasażerskim statkiem powietrznym albo wodnym, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) pasażer albo kierujący rowerem albo motorowerem,
 - d) pieszy.
2. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę na całym świecie.
3. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego i w przypadku jego śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od tego wypadku, wypłaci pieniądze osobom uprawnionym.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia,
 - b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Sumy ubezpieczenia.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego?

1. Uposażony nabywa prawo do Sumy ubezpieczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

2. Nationale-Nederlanden wypłaci Uposażonemu Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Art. 6 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawiany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego. Przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego.
2. Wypłata Sumy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku o wypłatę, do którego należy dołączyć dokumenty wskazane w Warunkach oraz dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Wypadku komunikacyjnego (np. notatkę urzędową z policji).

Art. 9 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, został spowodowany lub miał miejsce w następnym:

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
- b) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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,
- c) 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 drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – poważne zachorowania dziecka

nr OWU/CR12/2/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 9 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

– poważne zachorowania dziecka

nr OWU/CR12/2/2016

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CR12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Poważne zachorowania dziecka nr OWU/CR12/2/2016 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Dziecko – jako Ubezpieczony – jest uprawnione do Pieniędzy z tytułu tej umowy.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Dziecko”** – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1. rok życia a nie ukończył 17. roku życia.
 2. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane w przypadku poważnego zachorowania Dziecka.
 3. **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
 4. **„Nieprzerwany okres ochrony”** – okres, w którym udzielamy Dziecku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej – Poważne zachorowania dziecka i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) 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 kortykosterydów 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 poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci Dziecka, w przypadku gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci Dziecka),
 - konieczność co najmniej trzech hospitalizacji w roku w ostatnim okresie dwuletnim spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte Dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 17. roku życia.
2. Ubezpieczamy zdrowie Dziecka i wypłacimy pieniądze w przypadku następujących poważnych zachorowań Dziecka:
 - 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. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego. Ubezpieczeniem nie są objęte:

- znaczące i utrzymujące się graniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow – PEF), określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla Dziecka o tym samym wieku, tej samej płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego 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 Dziecko zostało zaintubowane i stosowano wentylację mechaniczną.
- c) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodująca trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa.
- d) Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu: zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu powodujące istotny i trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa.
- e) Niezłśliwy guz mózgu: wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłśliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarniniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętnicznych lub żylnych w obrębie mózgu, krwiaków mózgu).
- 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 co najmniej 6 kolejnych miesięcy przed złożeniem wniosku o wypłatę Świadczenia. 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 nerki.
- h) Przeszczep narządów: przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- i) 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. Ubezpieczenie nie obejmuje zakażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych występujących jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie sepsy powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej ze Szpitala, w którym Dziecko był leczone.
- j) Inwazyjne zakażenie pneumokokowe: pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae* lub *Pneumococcus*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u Dziecka, przebiegające pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ropnia mózgu, zapalenia kości i szpiku (osteomyelitis), zapalenia stawów, wsierdzia, osierdzia, 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. Ubezpieczenie nie obejmuje zakażenia pneumokokowego o lekkim przebiegu, niepowikłanego lub niepozostawiającego trwałych następstw oraz pourazowego wtórnego zakażenia pneumokokowego. 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.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, dla Dzieci, które w dniu zawarcia Umowy dodatkowej nie ukończyły 14 roku życia, albo
 - c) do rocznicy trwania Umowy, która nastąpi po ukończeniu przez Dziecko 18 roku życia, dla Dzieci, które w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończyły 14 rok życia.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Dziecko 18 roku życia.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia za poważne zachorowanie Dziecka z grupy I zgodnie z tabelą zawartą w art. 5,
 - b) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia za drugie poważne zachorowanie Dziecka w Nieprzerwanym okresie ochrony z grupy II lub III zgodnie art. 5,

- c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
- d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden proponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy Dziecko nie otrzymało wypłaty za żadne z poważnych zachorowań Dziecka.
2. Tak, Nationale-Nederlanden proponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, także wtedy, gdy w czasie trwania poprzedniej umowy Dziecko otrzymało wypłatę za którekolwiek z poważnych zachorowań Dziecka z grupy II lub III zgodnie z tabelą zawartą w art. 5. W takim przypadku uwzględnione zostaną skutki wcześniejszych wypłat świadczeń z tytułu poważnego zachorowania Dziecka i zakres ochrony ulegnie zmianie (zgodnie z tabelą zawartą w art. 5).
3. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasa z powodu wypłaty za poważne zachorowanie Dziecka z grupy I lub za drugie poważne zachorowanie Dziecka z grupy II lub III zgodnie z tabelą zawartą w art. 5.
4. Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Dziecko 18 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden?

1. Dziecko nabywa prawo do Sumy ubezpieczenia z chwilą zajścia poważnego zachorowania Dziecka.
2. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Dniem zajścia poważnego zachorowania Dziecka jest:
 - a) 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,
 - b) 181. dzień po rozpoczęciu leczenia insulinią zaleconego przez Lekarza – w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insulinią,
 - c) dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w przypadku przeszczepienia narządów.
4. Nationale-Nederlanden wypłaci kwotę równą Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia poważnego zachorowania Dziecka.
5. Wypłata Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej.
6. Ze względu na skutki wypłaty poważne zachorowania Dziecka zostały podzielone na trzy grupy:

	Poważne zachorowanie	Skutek wypłaty Świadczenia
Grupa I	Niewydolność nerek, Przeszczep narządów, Cukrzyca wymagająca leczenia insulinią, Sepsa.	Z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia Umowa dodatkowa wygasa i nie jest możliwe jej przedłużenie ani dokupienie.
Grupa II	Bakteryjne zapalenie opon mózgowordzeniowych, Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, Inwazyjne zakażenie pneumokokowe.	Z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Nationale-Nederlanden jest wyłączona z tytułu pozostałych poważnych zachorowań Dziecka należących do tej samej grupy oraz wszystkich poważnych zachorowań należących do grupy I. Wyłączenie to obowiązuje także w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej.
Grupa III	Nowotwór złośliwy, Niezłośliwy guz mózgu, Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.	

7. Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie dwa Świadczenia z tytułu dwóch różnych poważnych zachorowań Dziecka.
8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej poważnych zachorowań Dziecka, które należą do tej samej grupy, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
9. Jeśli Nowotwór (guz) złośliwy lub Niezłośliwy guz mózgu zostaną zdiagnozowane przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej po raz pierwszy, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie równe sumie składek za Umowę dodatkową opłaconych przed dniem zajścia poważnego zachorowania Dziecka.
10. W przypadku zdiagnozowania u Dziecka Nowotworu (guza) złośliwego lub łagodnego nowotworu mózgu przed upływem 90 dni od podwyższenia Sumy ubezpieczenia i opłacenia Składki w nowej wysokości, Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia obowiązującą przed podwyższeniem powiększoną o sumę składek za Umowę dodatkową opłaconych od dnia podwyższenia do dnia zajścia poważnego zachorowania Dziecka.
11. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
 - b) skróconym odpisem aktu urodzenia Dziecka,
 - c) dokumentami potwierdzającymi zajście poważnego zachorowania Dziecka:
 - kartą wypisu ze szpitala,
 - dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań,
 - dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej,
 - innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Jakie są obowiązki ubezpieczonego Dziecka?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które są przeprowadzane:

- a) w celu określenia, czy poważne zachorowanie dziecka jest objęte ubezpieczeniem,
- b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych i na koszt Nationale-Nederlanden.

Odmowa poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Podwyższenie i obniżenie Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy. Wniosek wymaga akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia w celu dokonania oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Dziecka,
 - b) poddanie się Dziecka badaniom lekarskim; badania odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych.
3. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 Latach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy dodatkowej pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości. Wyjątkiem są Nowotwór (guz) złośliwy i Łagodny guz mózgu, dla których nowa, podwyższona Suma ubezpieczenia obowiązuje po 90 dniach od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od wieku Dziecka, okresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia i szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę dodatkową. Przy przedłużeniu Umowy dodatkowej na wysokość Składki mogą mieć wpływ Poważne zachorowania dziecka, które wystąpiły w poprzednim okresie ochrony.

2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 9 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli poważne zachorowanie dziecka zaszło w następstwie:
 - a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
 - b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ponadto Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Dziecko zmarło w następstwie poważnego zachorowania dziecka w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego poważnego zachorowania.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 63/2016 z dnia 11 sierpnia 2016 r., wchodzi w życie z dniem 12 września 2016 r.

Anna Grzełońska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy
nr OWU/MW12/1/2017

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
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. 6, Art. 9 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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy nr OWU/MW12/1/2017

Umowa dodatkowa – „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy (dalej: Umowa dodatkowa) jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy nr OWU/MW12/1/2017 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Ty, – jako Ubezpieczony – jesteś uprawniony do Pieniądzy z tytułu tej umowy, i dlatego w treści dokumentu zwracamy się bezpośrednio do Ciebie.

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **„Suma Ubezpieczenia”** - kwota stanowiąca podstawę do wypłaty świadczeń, zależna od wybranej liczby rat, wybranej wysokości miesięcznej wypłaty oraz Twojego wieku. Suma ubezpieczenia uwzględnia Bonus rehabilitacyjny w wysokości 1000 zł. W trakcie trwania ubezpieczenia Suma Ubezpieczenia będzie pomniejszana o kolejne wypłaty.
- 2) **„Dzień zajścia Niezdolności do pracy”** - ostatni dzień 182-dniowego okresu nieprzerwanej Całkowitej niezdolności do pracy, w wariantcie rozszerzonym ostatni dzień 90 dniowego okresu nieprzerwanej Całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami lub zdarzeniami opisanymi w Załączniku.
- 3) **„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 w wariantcie podstawowym utrzymująca się co najmniej 182 dni i trwająca nadal, natomiast w wariantcie rozszerzonym niezdolność spowodowana chorobami lub zdarzeniami opisanymi w Załączniku utrzymująca się co najmniej 90 dni i trwająca nadal.
- 4) **„Całkowita niezdolność do pracy”** - oznacza utratę zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy.
- 5) **„Częściowa niezdolność do pracy”** - oznacza znaczny stopień utraty zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji orzeczona po 182 dniu

Całkowitej niezdolności do pracy.

- 6) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (ICD-10).
- 7) **„Bonus rehabilitacyjny”**- dodatkowa kwota wypłacana jednorazowo w trakcie trwania ubezpieczenia po 182 dniach nieprzerwanej Niezdolności do pracy, która powiększa Sumę ubezpieczenia i którą możesz przeznaczyć na rehabilitację w celu poprawy Twojego stanu zdrowia.

Kogo ubezpieczamy? – Co obejmuje ubezpieczenie?

W tym artykule określiliśmy kto może skorzystać z ubezpieczenia i jaki jest jego zakres.

Zwracamy uwagę, że niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje dwa warianty ubezpieczenia: podstawowy, rozszerzony.

Polecamy Twojej uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 8. Warto też zapoznać się z art. 9, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 18. rok życia i nie ukończyłeś 56. roku życia.
2. Możesz wybrać jeden z 2 dostępnych wariantów ochrony, wariant podstawowy (kod: IP 12) albo rozszerzony (kod: IA12).

3. Ubezpieczenie obejmuje:

Dostępne warianty	Zakres ubezpieczenia	
	Niezdolność do pracy utrzymująca się i trwająca co najmniej 90 dni	Niezdolność do pracy utrzymująca się i trwająca co najmniej 182 dni
Wariant podstawowy (kod: IP12)	Niedostępny	Dostępny zgodnie z definicją Niezdolności do pracy
Wariant rozszerzony (kod: IA12)	Dostępny zgodnie z definicją Niezdolności do pracy spowodowanej chorobami lub zdarzeniami opisanymi w Załączniku	Dostępny Zgodnie z definicją Niezdolności do pracy

4. Ubezpieczony może być objęty ochroną tylko w ramach jednej niniejszej Umowy dodatkowej i może wybrać tylko jeden z wariantów.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

- Umowę dodatkową w wybranym wariantcie ochrony zawieramy:
 - na 5 lat albo
 - do najbliższej 5 rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
- Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ciebie 60 lat.
- Umowa dodatkowa wygasa:
 - z dniem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia, z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, którego realizacja wyczerpuje Sumę ubezpieczenia w całości,
 - z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

- Tak, proponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy nie otrzymałeś decyzji przyznającej Ci świadczenie.
- W przypadku gdy w czasie trwania poprzedniej Umowy dodatkowej została wypłacona jakakolwiek kwota, po wygaśnięciu umowy będziesz mógł złożyć nowy wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej. Decyzję o zawarciu nowej umowy podejmiemy po analizie dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia.
- Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi

po ukończeniu przez Ciebie 60 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4,3,2 lat lub 1 roku.

Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli doznasz Niezdolności do pracy? - Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy zależy od wybranej przez Ciebie wysokości miesięcznego świadczenia oraz liczby miesięcznych rat.

Prosimy o zwrócenie uwagi, że wypłata będzie realizowana na różnych warunkach w zależności od wybranego wariantu umowy.

Art. 5 Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli doznasz Niezdolności do pracy?

- Prawo do wypłaty świadczenia nabywasz z chwilą zajścia Niezdolności do pracy.
- Podstawą do naliczenia świadczenia jest wybrana wysokość miesięcznego świadczenia oraz wybrana przez Ciebie liczba rat świadczenia:

Liczba lat do wypłaty	Czas trwania wypłaty świadczenia w latach		
	1 rok	1,5 roku	2 lata
Liczba rat wypłaty świadczenia	12	18	24
Miesięczna wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia wynikająca z miesięcznej wysokości świadczenia w zależności od liczby wybranych rat uwzględniająca Bonus rehabilitacyjny, w wysokości 1000 zł.		
500 zł	7 000 zł	10 000 zł	13 000 zł
1000 zł	13 000 zł	19 000 zł	25 000 zł
2000 zł	25 000 zł	37 000 zł	49 000 zł

- Świadczenie będzie wypłacane w równych, miesięcznych ratach. Wypłata będzie trwała nie dłużej niż do zaistnienia wcześniejszego ze zdarzeń: daty wskazanej w orzeczeniu o Niezdolności do pracy, albo zakończenia wybranego przez Ciebie okresu miesięcznych rat.
- Wysokość pierwszej wypłaty – będzie powiększona o świadczenie należne za okres kiedy nastąpiła Niezdolność do pracy, a terminem pierwszej wypłaty ratalnej.
- Kolejne wypłaty będą realizowane w najbliższym miesiącu polisowym, następującym po pierwszej wypłacie ratalnej pod warunkiem udokumentowania Niezdolności do pracy w okresie nie krótszym niż 30 dni.
- W przypadku Niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie 182 dni, zarówno w wariantcie

rozszerzonym jak i podstawowym, pierwsza wypłata miesięczna w trakcie trwania ubezpieczenia zostanie powiększona jednorazowo o Bonus rehabilitacyjny w wysokości 1000 zł.

7. Jeżeli po pierwszej Niezdolności do pracy Suma ubezpieczenia nie została wykorzystana w całości to kontynuacja wypłaty świadczenia będzie możliwa pod warunkiem dostarczenia orzeczenia potwierdzającego ciągłość Niezdolności do pracy.
8. Jeśli kolejna Niezdolność do pracy będzie skutkiem odrębnej przyczyny niż wcześniejsza, będzie miał zastosowanie nowy 182 dniowy okres oczekiwania na wypłatę świadczenia.
9. W przypadku Twojej śmierci w trakcie wypłaty świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy lub w trakcie nabywania prawa do wypłaty należne świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom.

Art. 6 Jakie są Twoje obowiązki?

Możemy prosić Cię o poddanie się badaniom orzeczniczym. Wizyta odbędzie się w wyznaczonej przez nas placówce medycznej i na nasz koszt.

Odmowa poddania się badaniom w terminie określonym przez Nas może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Twojego wieku, wybranej: liczby rat świadczenia, kwoty miesięcznej wypłaty, wariantu ubezpieczenia oraz ogólnych Warunków na jakich zawarto Umowę dodatkową. Na wysokość Składki mogą mieć również wpływ wykonywany przez Ciebie zawód oraz uprawiany sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.
3. Jeśli w momencie wypłaty świadczenia wiadomym jest, że Suma ubezpieczenia ulegnie wyczerpaniu w całości składki za Umowę dodatkową za okres od dnia wypłaty należnej raty do końca okresu ochrony nie są należne.

Jak wypłacane będą pieniądze? Co masz zrobić w przypadku zajścia zdarzenia objętego niniejszym ubezpieczeniem?

Poniżej opisaliśmy, co należy zrobić oraz jakie dokumenty należy przedstawić, aby wypłata miesięcznego świadczenia mogła nastąpić jak najszybciej.

Art. 8 Jak wypłacane będą pieniądze? Co jest potrzebne?

Jeżeli poinformujesz nas o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową, do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali:

- a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,

- b) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną Całkowitą 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),
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Niezdolności do pracy (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskim, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
- d) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności wypadku (np. notatki urzędowej z policji lub innej), – jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do pracy,
- e) innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty miesięcznego świadczenia, które powinieneś dostarczyć na nasz wniosek.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

1. Nie wypłacimy pieniędzy, jeśli Niezdolność do pracy, została spowodowana lub miała miejsce w następstwie:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - b) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Ograniczenia tego nie stosuje się, jeżeli dzień zajścia Niezdolności do pracy nastąpił po 24 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 - c) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia przestępstwa.
 - d) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - e) pozostawania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości 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) Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska, miejska i skałkowa, nurkowanie przy użyciu akwalungu, speleologia, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
 - h) prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa
 - i) Choroby psychicznej.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 34/2017 z dnia 19 czerwca 2017 r., wchodzą w życie z dniem 19 czerwca 2017 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu

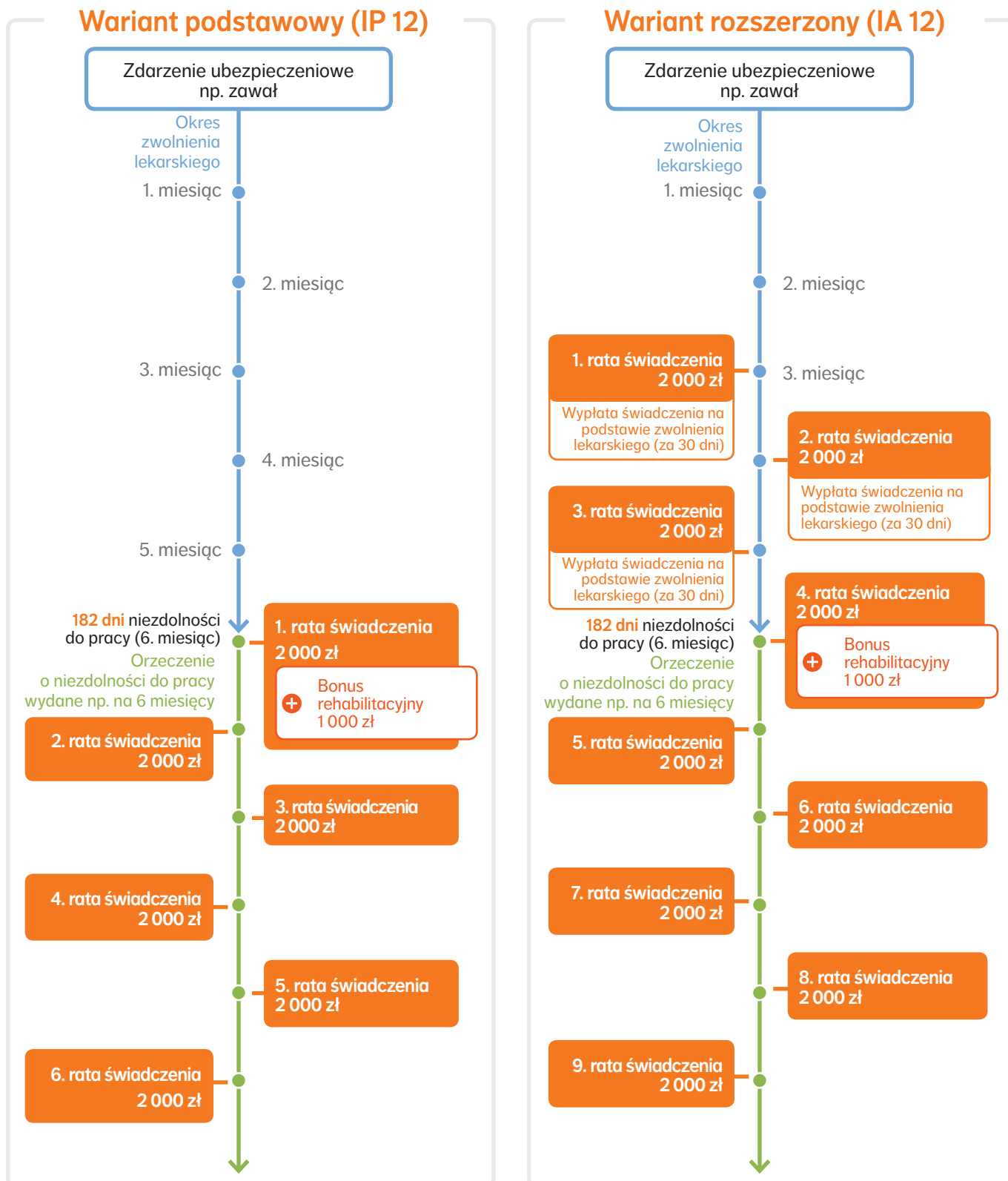


Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Jak wypłacane są pieniądze?

Przykład: Klient, który zarabia 4 000 zł brutto, wybrał wariant rozszerzony ubezpieczenia. W trakcie pierwszych 3 miesięcy zwolnienia lekarskiego otrzyma zasiłek chorobowy z ZUS w wysokości 80% pensji. Po tym okresie i dostarczeniu odpowiednich dokumentów od lekarza, wypłacimy mu dodatkowe pieniądze z ubezpieczenia w wysokości 2 000 zł, które mogą wesprzeć budżet domowy. Po orzeczeniu całkowitej niezdolności do pracy (np. na okres 6 miesięcy), co miesiąc otrzyma stałą kwotę 2 000 zł.

Liczba rat świadczenia i jego wysokość są zależne od indywidualnie określonego zakresu ubezpieczenia.



Jeżeli kolejna Niezdolność do pracy będzie skutkiem innej przyczyny niż zawał serca, to zastosowanie będzie miał nowy okres oczekiwania na wypłatę świadczenia (182 dni lub 90 dni w przypadku wariantu rozszerzonego i przyczyny będącej jednostką chorobową wymienioną w Załączniku do OWU).

Bonus rehabilitacyjny w wysokości 1000 zł zostanie wypłacony jednorazowo w trakcie trwania umowy dodatkowej.

„Sposób na Przyszłość”

Tabela limitów i opłat

TLiO/TULO/1/2019

Tabela zatwierdzona przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA uchwałą nr 14/2019 z dnia 25 marca 2019 r., wchodzi w życie z dniem 7 kwietnia 2019 r.

W Tabeli podane są maksymalne stawki opłat. Pojęcia użyte w Tabeli należy rozumieć zgodnie z zapisami Warunków TULO: Ubezpieczenie na życie „Sposób na Przyszłość”.

1. Minimalna składka

Minimalna Składka ochronna (po uwzględnieniu rabatów)

	Jeden Ubezpieczony	Dwóch Ubezpieczonych	Co najmniej trzech Ubezpieczonych
Miesięczna	50 zł	80 zł	100 zł
Kwartalna	150 zł	240 zł	300 zł
Półroczna	300 zł	480 zł	600 zł
Roczna	600 zł	960 zł	1200 zł

Minimalna Składka inwestycyjna

Miesięczna	50 zł
Kwartalna	150 zł
Półroczna	300 zł
Roczna	600 zł

Minimalna Składka (Składka ochronna + Składka inwestycyjna)

Miesięczna	150 zł
Kwartalna	450 zł
Półroczna	900 zł
Roczna	1800 zł

2. Minimalne Sumy ubezpieczenia

Umowa podstawowa (dorośli): 20 000 zł

Umowa podstawowa (dzieci do 18 r. ż.): 1 000 zł

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów: 20 000 zł

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona”; Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On”: 40 000 zł

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała: 40 000 zł

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka: 20 000 zł

Pozostałe Umowy dodatkowe: 5 000 zł

3. Maksymalne Sumy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa	Maksymalna Suma ubezpieczenia ze wszystkich Umów dodatkowych „Sposób na Przyszłość” dla jednego Ubezpieczonego	Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia ze wszystkich Umów dodatkowych wskazanych według kodów zawartych na rzecz Ubezpieczonego w Nationale-Nederlanden	
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 000 000 zł	1 000 000 zł	ADR0, ADR1, ADR6, ADR9, AD12, ADN1, AD13
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	1 000 000 zł	1 000 000 zł	AT12, AT13
Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18 r.ż.)	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18 r.ż.)	PDR0, PDR1, PDR6, PDR7, PDR9, PD10, PD11, PDC0, PDN1, PD12
Poważne zachorowania dziecka	50 000 zł	50 000 zł	CCR0, CR12
Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów	600 000 zł	600 000 zł	CIR0, CIR1, CIR2, CIR3, CIR4, CIR5, CIR6, CP12, C112, CII0, CD12, CU12

Pobyt w szpitalu lub operacja	40 000 zł	50 000 zł	HRI3, HR12, HP12
Pobyt w szpitalu lub operacja	40 000 zł	50 000 zł	HRA3, HI12
Na wypadek uszkodzenia ciała	150 000 zł	150 000 zł	AI12, BI12, AB12, AI13, BI13, AB13
Na wypadek uszkodzenia ciała dziecka	50 000 zł	50 000 zł	AC12
Na wypadek nowotworu Ona i On	600 000 zł	600 000 zł	CW12, CS12, CG12, CM12, CA12, CF12, CW13, CS13, CG13, CM12, CA13, CF13, CW14, CS14, CG14, CM14, CA14, CF14
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18 r.ż.)	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18 r.ż.)	TP12

4. Składka ochronna – rabaty

a) Rabat za pakiet – naliczany w przypadku, gdy zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe Umowy dodatkowe ze wskazanymi Sumami ubezpieczenia:

Pakiet	Umowy dodatkowe	Wariant I Suma ubezpieczenia	Wariant II Suma ubezpieczenia
Zdrowotny BIS	Na wypadek nowotworu „On” lub „Ona” (wariant pełny)	od 40 000 zł	od 40 000 zł
	Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (wariant rozszerzony)	od 20 000 zł	od 20 000 zł
	Pobyt w szpitalu lub operacja (wariant rozszerzony) lub (wariant premium)	-	od 10 000 zł
	Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie	5%	10%

Pakiet	Umowy dodatkowe	Wariant I Suma ubezpieczenia	Wariant II Suma ubezpieczenia
Wypadkowy	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	40 000 zł-59 999,99 zł	od 60 000 zł
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	100 000 zł-149 999,99 zł	od 150 000 zł
	Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	40 000 zł-59 999,99 zł	od 60 000 zł
	Na wypadek uszkodzenia ciała (wariant rozszerzony)	40 000 zł-59 999,99 zł	-
	Na wypadek uszkodzenia ciała (wariant pełny)	-	od 60 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%

Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia
Dziecięcy wypadkowy	Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	40 000 zł-200 000 zł
	Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka	30 000 zł-50 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%

Pakiet	Umowy dodatkowe	Wariant I Suma ubezpieczenia	Wariant II Suma ubezpieczenia
Dziecięcy zdrowotny	Poważne zachorowania dziecka	25 000 zł-50 000 zł	25 000 zł-50 000 zł
	Pobyt w szpitalu lub operacja (wariant rozszerzony)	10 000 zł-40 000 zł	-
	Pobyt w szpitalu lub operacja (wariant premium)	-	10 000 zł-40 000 zł
	Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy	70 000 zł-200 000 zł	70 000 zł-200 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	10%

b) Rabat za ostrożność

5% za każdą Umowę dodatkową zawartą w pakiecie wypadkowym zawierającym Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała, jeśli w czasie trwania tego pakietu Ubezpieczony nie uległ wypadkowi skutkującemu wypłatą pieniędzy z tytułu Uszkodzenia ciała.

- Rabat za ostrożność przyznawany jest na kolejny 5-letni okres trwania pakietu wypadkowego i zwiększa rabat za pakiet wypadkowy do odpowiednio 15% i 20%.
- Wypłata z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała oznacza, że rabat za ostrożność nie zostanie naliczony.

c) Rabat za kolejnego ubezpieczonego

10% Składki ochronnej, jeżeli ochroną ubezpieczeniową są objęte co najmniej 2 osoby.

d) Rabat za częstotliwość opłacania składki

Kwartalna	1%
Półroczna	2,3%
Roczna	5%

5. Wysokość technicznej stopy procentowej

Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy wskazana jest na stronie Nationale-Nederlanden pod adresem www.nn.pl/techniczne-stopy-procentowe.

6. Nadpłata

Kwota, powyżej której nadpłata zostanie uznana za Składkę lokacyjną: 20 zł.

7. Zasady realizacji transakcji: Alokacji w Fundusze, przeniesienia Jednostek uczestnictwa między Funduszami, wypłaty z rachunku oraz wypłaty świadczeń (dotyczą umów zawartych nie wcześniej niż 9 lipca 2018 r.)

Fundusz	Data ceny użytej do Alokacji w Fundusze	Data Alokacji w Fundusze
UFK NN Akcji	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Stabilnego Wzrostu	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Gotówkowy (od 21 stycznia 2019 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN Oszczędnościowy Plus)	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Obligacji Plus	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Zrównoważony	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Spółek Dywidendowych USA	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Europejskich Spółek Dywidendowych	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Rynków Wschodzących	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Portfel Inwestycyjny Stabilny (od 20 listopada 2018 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN Portfel Inwestycyjny Konserwatywny)	tego samego dnia roboczego	następnego dnia roboczego
UFK NN Portfel Inwestycyjny Wzrostowy	tego samego dnia roboczego	następnego dnia roboczego
UFK NN (L) Obligacji Rynków Wschodzących	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Perspektywa 2020	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Perspektywa 2025	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Perspektywa 2030	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Perspektywa 2035	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Perspektywa 2040	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Perspektywa 2045	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN Akcji Środkowoeuropejskich (od 8 kwietnia 2019 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN Polski Odpowiedzialnego Inwestowania)	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Japonia	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Nowej Azji	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego
UFK NN (L) Ameryki Łacińskiej (od 20 listopada 2018 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN (L) Globalny Odpowiedzialnego Inwestowania)	2 dnia roboczego	3 dnia roboczego

8. Podwyższona alokacja w fundusze

101% jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

Rok polisowy	Średnia wartość dziennych stanów jednostek uczestnictwa na Rachunku w poprzednim roku polisowym:	Minimalna wysokość Składki inwestycyjnej
6. – 10.	Co najmniej 4-krotność aktualnie opłacanej Składki inwestycyjnej należnej za rok trwania Umowy	400 zł dla częstotliwości miesięcznej
11. – 15.	Co najmniej 8-krotność aktualnie opłacanej Składki inwestycyjnej należnej za rok trwania Umowy	1200 zł dla częstotliwości kwartalnej 2400 zł dla częstotliwości półrocznej
16. i kolejne	Co najmniej 12-krotność aktualnie opłacanej Składki inwestycyjnej należnej za rok trwania Umowy	4800 zł dla częstotliwości rocznej

9. Podwyższenie Składki inwestycyjnej

Składka inwestycyjna może być podwyższona na wniosek Właściciela polisy.

Nationale-Nederlanden może poprosić Właściciela polisy o dodatkowe informacje, o których mowa w Warunkach, jeżeli:

- w skład Umowy wchodzi Umowa dodatkowa Przejęcie opłacania składki,
- Składka inwestycyjna jest podwyższana o minimum 100 zł.

10. Opłata za zarządzanie

Fundusz	Wysokość opłaty
UFK NN Perspektywa 2020	0%
UFK NN Perspektywa 2025	0%
UFK NN Perspektywa 2030	0%
UFK NN Perspektywa 2035	0%
UFK NN Perspektywa 2040	0%
UFK NN Perspektywa 2045	0%
UFK NN Portfel Inwestycyjny Stabilny (do 19 listopada 2018 r. włącznie)	2% do 19 listopada 2018 r. włącznie
UFK NN Portfel Inwestycyjny Konserwatywny (od 20 listopada 2018 r.)	0,5% od 20 listopada 2018 r.
UFK NN Portfel Inwestycyjny Wzrostowy	2% do 19 listopada 2018 r. włącznie 1,7% od 20 listopada 2018 r.
UFK NN Akcji	0%
UFK NN Stabilnego Wzrostu	0%
UFK NN Gotówkowy (od 21 stycznia 2019 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN Oszczędnościowy Plus)	0%
UFK NN Obligacji Plus	0%
UFK NN Zrównoważony	0%
UFK NN Obligacji Rynków Wschodzących	0%
UFK NN Akcji Środkowoeuropejskich (od 8 kwietnia 2019 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN Polski Odpowiedzialnego Inwestowania)	0%
UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych	0%
UFK NN (L) Spółek Dywidendowych USA	0%
UFK NN (L) Europejski Spółek Dywidendowych	0%
UFK NN (L) Japonia	0%
UFK NN (L) Nowej Azji	0%
UFK NN (L) Rynków Wschodzących	0%
UFK NN (L) Ameryki Łacińskiej (od 20 listopada 2018 r. nazwa funduszu zmienia się na UFK NN (L) Globalny Odpowiedzialnego Inwestowania)	0%
UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego	0%

Aktywa zgromadzone w Funduszu są inwestowane przez Nationale-Nederlanden w jednostki uczestnictwa Funduszu docelowego zarządzanego przez NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. (TFI).

Informacje dotyczące wynagrodzenia pobieranego przez TFI z tytułu administracji i zarządzania Funduszem docelowym są dostępne za pośrednictwem strony internetowej www.nn.pl. Szczegółowe informacje są zawarte w prospekcie informacyjnym Funduszu docelowego.

11. Wybór Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych NN Perspektywa

W zakresie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych: UFK NN Perspektywa 2020; UFK NN Perspektywa 2025; UFK NN Perspektywa 2030; UFK NN Perspektywa 2035; UFK NN Perspektywa 2040; UFK NN Perspektywa 2045 mogą zostać wybrane wyłącznie te Fundusze, dla których Data docelowa występuje w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.

12. Opłata wstępna (dotyczy Umów, dla których Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności przypadł przed 1 stycznia 2016 r.)

Okres	Wysokość opłaty
W pierwszym Roku polisowym	50% Składki inwestycyjnej
W kolejnych Latach polisowych	0% od nadwyżki ponad Składkę inwestycyjną w przypadku podwyższenia składki inwestycyjnej
W kolejnych Latach polisowych	0%

13. Opłata za wypłatę (dotyczy Umów, dla których Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności przypadł przed 1 stycznia 2016 r.)

Okres	Wysokość opłaty jako % kwoty uzyskanej ze sprzedaży jednostek uczestnictwa
W pierwszym Roku polisowym	15%
W drugim Roku polisowym	15%
W trzecim Roku polisowym	10%
W czwartym Roku polisowym	7%
W piątym Roku polisowym	4%
Od szóstego Roku polisowego	0%

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**