

# Razem dla siebie

**Ogólne warunki ubezpieczenia**  
**OWU/TRM17/2/2017**

## Spis treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/2/2017 .....	4	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D .....	63
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17 .....	15	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB17 .....	68
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT17 .....	18		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17 .....	21		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17 .....	24		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17 .....	27		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB17 .....	31		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17 .....	35		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17 .....	39		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17 .....	42		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17 .....	45		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR17 .....	48		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17 .....	53		

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” – TRM17/2/2017 (OWU)

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 10, Art. 19
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7, Art. 9, Art. 11, Art. 18, Art. 20, Art. 22
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/2/2017

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

## Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/2/2017 (dalej: Warunki), w Polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

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

wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, położu.

- 21) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10).
- 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) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 24) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności, chyba że Strony postanowiły o jej przesunięciu.
- 25) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Nationale-Nederlanden Składki podstawowej.
- 26) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 27) **„Składka podstawowa”** – Składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Nationale-Nederlanden.
- 28) **„Składka całkowita”** – suma Składek podstawowych, należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej.
- 29) **„Świadczenie”** – kwota wypłacona przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 30) **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
- 31) **„Limit automatycznej akceptacji”** – wskazana w Polisie maksymalna wysokość Sumy Ubezpieczenia dla Umowy głównej i Umów dodatkowych, na którą Towarzystwo może udzielić ochrony ubezpieczeniowej na czas weryfikacji medycznej.
- 32) **„Dzień wymagalności Składki”** – pierwszy dzień okresu, za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należna jest Składka całkowita.
- 33) **„Okres rozliczeniowy”** – okres pomiędzy następującymi po sobie Dniami wymagalności składki.

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Ochroną ubezpieczenia objęte jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

## Art. 3 Jak zawrzeć i przedłużyć Umowę ubezpieczenia?

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą osób, które przystąpiły do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku niestandardowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
5. Umowa ubezpieczenia będzie automatycznie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile Ubezpieczający nie wypowie jej przed końcem danego Roku polisowego, a także żadna ze Stron nie zaproponuje jej kontynuowania na zmienionych warunkach, a Ubezpieczający dodatkowo opłaci kolejną Składkę całkowitą. Opłacenie Składki całkowitej przez Ubezpieczającego uważane będzie jako wola kontynuacji Umowy na zaproponowanych przez ubezpieczyciela warunkach. Dodatkowo, niezależnie od zapisów powyższych Nationale-Nederlanden poinformuje Ubezpieczającego najpóźniej na 30 dni przed datą Rocznicy polisy o zamiarze kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej na niezmienionych warunkach, a także o fakcie, iż ochrona ta nie będzie świadczona w przypadku nieopłacenia kolejnej Składki całkowitej.
6. Nationale-Nederlanden w terminie nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy może zaproponować przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ze zmienioną wysokością Składki podstawowej lub na zmienionych warunkach ubezpieczenia (dołączając je do oferty), zmiana Składki podstawowej może wynikać wyłącznie ze zmiany stawek ubezpieczeniowych i oceny ryzyka. W przypadku takim umowa zostanie przedłużona na kolejny roczny okres dopiero po uiszczeniu przez Ubezpieczającego Składki całkowitej, wynikającej ze zmienionej Składki podstawowej w nowej zaproponowanej przez Nationale-Nederlanden wysokości.
7. Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego Roku polisowego z automatycznym przedłużeniem na kolejne roczne okresy w przypadku kontynuowania ochrony z Umowy głównej i opłacania przez Ubezpieczającego składki. Do umowy dodatkowej

odpowiednie zastosowanie ma ust. 5 i 6. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z datą zawarcia Umowy głównej lub w przypadku kontynuowania ochrony w każdą kolejną Rocznicę polisy.

8. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie w przypadku przystąpienia do Umowy głównej.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Nationale-Nederlanden, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na podgrupy lub Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta poprzez wybranie jednego z oferowanych przez Nationale-Nederlanden Pakietów.
10. Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Specyfikacji Polisy a postanowieniami OWU rozstrzyga Specyfikacja Polisy.

#### **Art. 4 Czy można zmienić Umowę ubezpieczenia?**

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia:
  - a) wymaga uzgodnień pomiędzy Stronami, potwierdzonych w formie pisemnej;
  - b) wymaga dla swej skuteczności uprzedniej zgody Ubezpieczonego, jeśli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.Uzgodnień w formie pisemnej nie wymaga kontynuowanie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach zgodnie z art. 3 ust. 5, 6 i 7. W przypadkach tych oświadczenie woli o akceptacji przez Ubezpieczonego nowych warunków i Składki podstawowej składane jest przez opłacenie Składki całkowitej w nowej wysokości.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania pisemnie Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego Ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. Ubezpieczający poprzez opłacenie składki na kolejny Rok polisowy potwierdza, iż uzyskał zgody Ubezpieczonych na zmianę Umowy ubezpieczenia oraz doręczył Ubezpieczonym nowe Warunki.
5. Na 45 dni przed każdą Rocznicą polisy ubezpieczenia, Ubezpieczający może poprzez złożenie wniosku, po wyrażeniu zgody przez Nationale-Nederlanden, zmienić warunki Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.

#### **Art. 5 W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia?**

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki całkowitej za okres, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

#### **Art. 6 Jak rozwiązać Umowę ubezpieczenia?**

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

#### **Art. 7 Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa?**

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w przypadku:
  - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego,

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

#### **Art. 8** Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

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

#### **Art. 9** Rozpoczęcie i zakończenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

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

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

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

#### **Art. 11 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?**

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

licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

3. W czasie Karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

#### **Art. 12 Jakie są obowiązki po stronie Nationale-Nederlanden?**

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

#### **Art. 13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego?**

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do terminowej i prawidłowej zapłaty Składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową ubezpieczenia.



2. Ubezpieczający zobowiązuje się do doręczenia Ubezpieczonemu Warunków przed podpisaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i udostępniania Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków w trakcie trwania Umowy oraz do informowania o wszelkich zmianach w Warunkach lub prawie właściwym dla zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, jeżeli wysokość ta ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia oraz o zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani poinformować Nationale-Nederlanden o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Nationale-Nederlanden. Naruszenie tego obowiązku zwalnia Nationale-Nederlanden z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Nationale-Nederlanden o liczbie osób uprawnionych do ubezpieczenia zgodnie z kryterium uprawnienia, o które Nationale-Nederlanden pyta we wniosku o zawarcie ubezpieczenia. Nationale-Nederlanden zastrzega sobie możliwość zmiany Składki podstawowej w przypadku, gdy informacje podane przez Ubezpieczającego okażą się niezgodne ze stanem faktycznym.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego przekazać Nationale-Nederlanden pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób w stosunku, do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których obowiązek opłacania Składki podstawowej ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Nationale-Nederlanden.
9. Nationale-Nederlanden ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym Okresie rozliczeniowym osoby, o której przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 8 powyżej, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
10. Informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Nationale-Nederlanden najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Nationale-Nederlanden o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
11. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Nationale-Nederlanden, pod warunkiem dostarczenia tych formularzy przez Nationale-Nederlanden.
12. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
13. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy.

#### **Art. 14 Suma ubezpieczenia**

1. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy lub Pakietu.
3. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisowy.

#### **Art. 15 Wysokość Składki podstawowej**

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Nationale-Nederlanden (Rok polisowy). Wysokość Składki podstawowej obowiązującej w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-3, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 17 ust. 2 i zależy od:
  - a) wysokości sum ubezpieczenia,
  - b) zakresu umów dodatkowych,
  - c) częstotliwości opłacania składek,
  - d) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
  - e) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia,
  - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia osób przystępujących do ubezpieczenia,
  - g) stopnia ryzyka wynikającego z dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia,
  - h) wykonywanego zawodu

4. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Nationale-Nederlanden w związku z oferowaniem umów Grupowego ubezpieczenia na życie lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-3.
5. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka podstawowa jest ustalona niezależnie od postanowień ust. 2-4, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Nationale-Nederlanden i Ubezpieczającego. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
6. Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy lub Pakietu.
7. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.
8. Nationale-Nederlanden zwraca Ubezpieczającemu odpowiednią część Składki podstawowej za okres, w którym nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej w związku z jej wcześniejszym ustaniem.

#### **Art. 16 Wysokość Składki całkowitej**

1. Składka całkowita może być opłacana:
  - a) miesięcznie,
  - b) kwartalnie,
  - c) raz na pół roku,
  - d) raz na rok.
2. W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny Nationale-Nederlanden może udzielić odpowiednich bonifikat.
3. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia i może ona ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego.
4. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest określona w Polisie.
5. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy Okres rozliczeniowy najpóźniej w Dniu wymagalności składki podstawowej. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Nationale-Nederlanden kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.
6. Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy Okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w Art. 13 ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
7. W razie niedoręczenia Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w Art. 13 ust. 8, Nationale-Nederlanden oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić,

na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Nationale-Nederlanden informacji.

8. Nationale-Nederlanden oblicza wysokość Składki całkowitej oraz, o ile nie uzgodniono inaczej w Umowie ubezpieczenia, wysyła Ubezpieczającemu drogą elektroniczną dokument uwzględniający wysokość Składki najpóźniej na 3 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego. Ubezpieczający jest zobowiązany do wskazania oraz bieżącej aktualizacji danych dotyczących osoby kontaktowej oraz adresu poczty elektronicznej przeznaczonych do przekazywania wyżej opisanego dokumentu księgowego.

#### **Art. 17 W jaki sposób można dokonać zmiany wysokości Składki?**

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

#### **Art. 18 Kiedy można zawiesić opłacanie Składki?**

1. W przypadku kontynuowania umowy ubezpieczenia począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Nationale-Nederlanden, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku na 7 dni przed początkiem kolejnego Okresu

- rozliczeniowego. Zawieszenie opłacania Składek podstawowych oznacza zawieszenie opłacania Składek całkowitych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać wskazanie Okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania Składki.
  3. W okresie zawieszenia opłacania Składki Nationale-Nederlanden nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego Składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
  4. Opłacanie Składki całkowitej może być zawieszona na nie więcej niż jeden rok.
  5. Wznowienie opłacania Składki podstawowej lub Składki całkowitej nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.
  6. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, począwszy od najbliższego Okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Nationale-Nederlanden.

### **Świadczenia Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy ubezpieczenia**

#### **Art. 19 Śmierć ubezpieczonego**

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

#### **Art. 20 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia?**

1. Świadczenie jest wypłacane Uposażonemu na jego pisemny wniosek.
2. Jeżeli Ubezpieczony wyznaczył więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Nationale-Nederlanden ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym zgodnie z zasadą, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust. 3, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:

- a) małżonek,
- b) dzieci,
- c) rodzice,
- d) rodzeństwo,
- e) dzieci rodzeństwa.

5. Otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego wymienionych w ust. 4 zaliczonych do wyższej kategorii wyklucza otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego zaliczonych do niższej kategorii (kategoria „a” – najwyższa). Członkowie rodziny Ubezpieczonego zaliczani do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach. Świadczenie nie przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
6. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 4 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego w drodze pisemnego oświadczenia złożonego Nationale-Nederlanden. Zmiana Uposażonego staje się skuteczna z dniem otrzymania tego oświadczenia przez Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 21 Jakie są terminy i warunki wypłaty świadczeń?**

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
  - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
  - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
  - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach,
  - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, o których mowa w ust. 1 oraz wskazane w Umowach dodatkowych, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe,

- utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Nationale-Nederlanden nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Nationale-Nederlanden o zdarzeniu wskazanym w Art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
  - Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.

### **Art. 22 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

### **Art. 23 Reklamacje**

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach mogą złożyć Reklamację.

- Reklamacja może zostać złożona
  - w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa);
  - ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24) albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
  - w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden ([www.nn.pl](http://www.nn.pl)).
- Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
- Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana osobiście lub przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
- Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.
- Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej osobie składającej Reklamację przysługuje odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.
- W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

### **Art. 24 Podatki**

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

#### Art. 25 System monetarny

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

#### Art. 26 Prawo właściwe

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

#### Art. 27 Przekazywanie korespondencji

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Nationale-Nederlanden, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w Warunkach, powinny być przekazywane do siedziby Nationale-Nederlanden w formie pisemnej.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Nationale-Nederlanden w związku z Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Art. 23 ust. 6, powinny być dokonywane na piśmie. Nationale-Nederlanden przesyła wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

#### Art. 28 Rozstrzyganie sporów

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

#### Art. 29 Pozostałe postanowienia

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Nationale-Nederlanden, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w sposób odbiegający od Warunków.
2. Wszelkie formy zmiany do treści Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej z zastrzeżeniem Art. 4.

#### Art. 30 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzą w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17

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

## Art. 1 Definicje

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

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

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

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

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

## Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

#### **Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

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

#### **Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 7 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 8 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu



## Informacje dotyczące:

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

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

## ADT17

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

### Art. 1 Definicje

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

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

### Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

### Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

#### **Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

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

#### **Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 7 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 8 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

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

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

## Art. 1 Definicje

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

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

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

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

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

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

## Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

#### **Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

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

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

#### **Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 7 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 8 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu



**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

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

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

## Art. 1 Definicje

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

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

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

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

## Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

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

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Zawału serca lub Udar mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie



uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.

2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

#### Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

#### Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
  - a) działań wojennych, stanu wojennego,
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
  - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - d) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach

motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.

2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał lub Udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

#### Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

#### Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem TPD17.

## Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPD17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
  - 1) a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, którego wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
    - mycie,
    - ubieranie się,
    - odżywanie,
    - poruszanie się oraz przemieszczanie,
    - kontrola czynności fizjologicznych.”
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu

Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

- 3) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
  - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
  - b) trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu,

- rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a których przyczyną była Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek.
- c) utrzymując się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust. 1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
- b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

### **Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?**

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

### **Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpiezonego?**

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowania Choroby będących przyczyną Niezdolności Ubezpiezonego do pracy lub Niezdolności Ubezpiezonego do samodzielnej egzystencji.

3. W uzasadnionych przypadkach Nationale-Nederlanden może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 1 pkt 1.

### **Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

1. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpiezonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
- b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego,
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji.
- d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
- e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

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

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpiezonego do pracy lub Niezdolność Ubezpiezonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym,

spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,

- d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - e) usiłowania popełnienia samobójstwa,
  - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - g) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
  - h) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
  - i) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
  - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji, jest następstwem choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
  3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 nie stosuje się jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji nastąpiła po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
  4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
  5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się

w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
  - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
  - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
  - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

#### **Art. 9 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 10 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

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

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

## Art. 1 Definicje

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

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

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

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

#### **Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

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

#### **Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

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

#### **Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

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



wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego  
zakresem ubezpieczenia.

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

#### **Art. 7 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 8 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzą w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

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

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

## Art. 1 Definicje

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

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
  - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
  - wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
  - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych
- 4) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
  - 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną

i bezpośrednią przyczyną zaistnienia Trwałego uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

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

### **Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?**

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

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

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

7. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

### **Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
  - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
  - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
  - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarom mózgu.
  - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

### **Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

3. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jest następstwem choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 3 nie stosuje się jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

#### Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

#### Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

#### Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.

#### Tabela uszczerbku dla zawału serca i udaru mózgu

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



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu



**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DSB17.

## Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

## Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria

uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W czasie Karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

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

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.

## Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
  - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
  - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
  - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
  - d) dokumentu potwierdzającego zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
  - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania

w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

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

#### **Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
  - a) działań wojennych, stanu wojennego,
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
  - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - f) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
  - g) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
  - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
  - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności

Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
5. Jeżeli Małżonek popełni samobójstwo w okresie 24 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności.

#### **Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 8 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 9 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu



## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17 (OWU)

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SADR17.

## Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

## Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
  - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
  - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
  - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
  - d) dokumentu potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
  - e) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
  - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden

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

#### **Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

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

4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
  - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
  - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
  - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

#### **Art. 7 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 8 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17 (OWU)

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SADT17.

## Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADT17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Małżonek jako:
  - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
  - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
  - c) rowerzysta,
  - d) pieszy.
- 4) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkowiec.
- 5) **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem że Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

## Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
  - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
  - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
  - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
  - d) dokumentu potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,

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

#### **Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
  - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - e) pozostawiania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
  - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
  - h) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie

samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,

- i) wypadku w ruchu wodnym, zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich.
  - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 7 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 8 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR17 (OWU)

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr Artykułu</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem FCR17.

## Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica, Ojczyma lub Macochy pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Współubezpieczony”** – Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 3) **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 4) **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 5) **„Ojczym”** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego lub matki Małżonka Ubezpieczonego, wdowiec po matce Ubezpieczonego lub matce Małżonka Ubezpieczonego nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub biologicznym ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- 6) **„Macocha”** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego lub ojca Małżonka Ubezpieczonego, wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub ojcu Małżonka Ubezpieczonego nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub biologiczną matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
- 7) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 8) **„Przysposobienie Dziecka”** – to dobrowolne, uregulowane prawem przybranie dziecka za swoje, gdzie stosunek pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym jest jak między rodzicami a dziećmi. W tym przysposobienie pełne/pełne nierozwiązywalne

- (całkowite) potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
  - 10) **„Narodziny martwego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
  - 11) **„Narodziny żywego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
  - 12) **„Narodziny Dziecka”** – Narodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic Dziecka albo Przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.



## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. W zależności od wariantu określonego w polisie Umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
  - a) wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka (kod DPB17),
  - b) wariant B – narodziny Dziecka (kod BCB17),
  - c) wariant C – śmierć Dziecka (kod DCB17),
  - d) wariant D – narodziny martwego Dziecka (kod SBB17),
  - e) wariant E – osierocenie Dziecka (kod OCB17),
  - f) wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (ADPB17).
2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów, spośród wymienionych w ust. 1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

## Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, wysokość świadczenia z tytułu Narodzin dziecka (wariant B) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka. Postanowien zdaniami poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
2. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, wysokość świadczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka (wariant A) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia

- z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka. Postanowien zdaniami poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie:
  - a) 6-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem punktu b,
  - b) 9-miesięczna Karencja z tytułu Narodzin Dziecka.
4. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie:
  - a) 6-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem punktu b,
  - b) 9-miesięczna Karencja z tytułu Narodzin Dziecka.
5. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 3 i 4, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Współubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem oraz z tytułu Osierocenia Dziecka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust. 6.
6. Karencja, o której mowa w ust. 1 i 2 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
  - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
  - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu Ochroną ubezpieczeniową.
7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 6, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
  - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony

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

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

- Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
  - Ubezpieczonemu – w przypadku wariantu A, B, C, D lub F,
  - każdemu Dziecku – w przypadku wariantu E.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
- W przypadku wariantu A i wariantu F w stosunku do jednego Ubezpieczonego odpowiedzialność Nationale-Nederlanden ograniczona jest do wystąpienia 4 zdarzeń. W przypadku wariantu E w stosunku do każdego Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia Art. 20 ust. 2, 3, 7 Warunków Umowy głównej.

#### Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny, urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:
  - wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego:**
    - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego
    - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
    - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
    - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
  - lub
    - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
    - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego,
    - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
    - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyma lub Macochy Małżonka,

- potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
- wariant B – narodziny Dziecka:**
    - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
    - w przypadku przysposobienia pełnego (niebędącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym) prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego stwierdzające przysposobienie.
  - wariant C – śmierć Dziecka:**
    - odpisu aktu zgonu,
    - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
  - wariant D – narodziny martwego Dziecka:**
    - odpisu aktu zgonu lub akt urodzenia martwego Dziecka,
    - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka,
    - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
    - zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu,
  - wariant E – osierocenie Dziecka:**
    - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
    - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu Umowy głównej,
  - wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka spowodowana Niez szczęśliwym wypadkiem:**
    - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego,
    - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
    - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
    - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
    - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Niez szczęśliwego wypadku, lub
      - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka Ubezpieczonego, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego
      - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
      - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
      - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyma lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia

ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,

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

#### **Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden**

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka, śmierć Dziecka lub osierocenie Dziecka były spowodowane lub wydarzyły się w następstwie:
  - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
  - b) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
  - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Narodzin martwego Dziecka, jeżeli jest ono skutkiem przerwania ciąży.
3. Jeżeli śmierć Współubezpieczonego nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 8 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 9 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17

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

## Art. 1 Definicje

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

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

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

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

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantcie podstawowym (CIB17\_A) albo w wariantcie rozszerzonym (CIB17\_B) albo w wariantcie pełnym (CIB17\_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego

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

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

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

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

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

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

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

4. Zakres ubezpieczenia w wariantach rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

- a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwsza w życiu operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.
- c) **„Stwardnienie rozsiane”** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.
- d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
  - podawanie preparatów stymulujących szpik,
  - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
  - przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

- f) **„Schyłkowa niewydolność wątroby”** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
  - trwała żółtaczka,
  - żylaki przełyku,
  - encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

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

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.

- j) **„Choroba Creutzfeldta-Jakoba”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
  - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
  - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
  - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
  - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
  - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpielii (bez pomocy innych osób).
- k) **„Zakażenie wirusem HIV”** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
  - Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Nationale-Nederlanden w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
  - Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
- l) **„Ciężka sepsa”** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:
- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
  - temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
  - częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
  - poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
  - poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Szpitala prowadzącego leczenie.
5. Zakres ubezpieczenia w wariancie pełnym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:
- a) **„Choroba Alzheimera lub demencja”** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
  - b) **„Operacja mózgu”** – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.
  - c) **„Kardiomiopatia”** – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV)



- klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.
- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:
- schyłkowa niewydolność nerek,
  - schyłkowa niewydolność oddechowa,
  - utrata wzroku,
  - utrata słuchu.
- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
  - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
  - szybko narastająca żółtaczka,
  - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).
- Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.
- g) **„Wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna”** – wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:
- usunięcie całego jelita grubego (okreźnicy),
  - częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.
- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.
- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowa”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- natężona objętość wydechuwa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
  - konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
  - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO<sub>2</sub>) nie wyższe niż 55 mmHg,
  - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwałe ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- k) **„Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.
- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,

- typowy obraz elektromiograficzny,
  - rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- stawy międzypaliczkowe
  - rąk stawy nagarstkowe
  - stawy łokciowe
  - stawy kręgosłupa szyjnego
  - stawy kolanowe
  - stawy stóp
- Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
  - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
  - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
  - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
  - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
  - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea),
  - zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
  - eozynofilowego zapalenia powięzi,
  - zespołu CREST.
- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.
- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimer'a lub demencji, stanu wegetatywnego/ zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej sklerodermii), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt. j) 12-miesięcznego okresu,

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

### **Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?**

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

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

### **Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?**

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

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

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

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

#### **Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

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

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

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

## **Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

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

## **Art. 9 Pozostałe postanowienia**

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

## **Art. 10 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzą w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17\_D (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17\_D

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

## Art. 1 Definicje

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

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

## Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

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

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

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

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

### Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje?

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



#### **Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?**

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

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

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

#### **Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

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

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

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

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

#### **Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

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

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

#### **Art. 9 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 10 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

## Informacje dotyczące:

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

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB17

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

## Art. 1 Definicje

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

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

Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).

- 5) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Dzień pobytu w szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 8) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden

- udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 12) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

#### **Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?**

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

#### **Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?**

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

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

#### **Art. 4 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?**

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dzielne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
  - a) **3 dni** – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
  - b) **1 dzień** – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu,
  - c) **1 dzień** – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 360 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
  - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
  - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
  - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

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

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

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
  - a) działania wojenne lub stan wojenny,
  - b) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu.
  - c) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - d) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - e) pozostawanie przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - f) choroba będąca skutkiem spożywania alkoholu,
  - g) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
  - h) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
  - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
  - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,

#### **Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?**

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
  - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
  - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
  - c) karty wypisu ze Szpitala,

- k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
  - l) udział Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
  - m) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
  - n) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
  - o) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
  - p) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
  - q) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
  - r) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
  - s) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 4.

#### **Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

#### **Art. 9 Pozostałe postanowienia**

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

#### **Art. 10 Wejście w życie Warunków**

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2017 z dnia 25 lipca 2017 r., wchodzi w życie z dniem jej podpisania.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

**Skontaktuj się z nami:**

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

 **www.nn.pl**

 **info.grupowe@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**