

„Ochrona +”

Ogólne warunki terminowego
ubezpieczenia na życie

OWU/TMR4/1/2016



nationale
nederlanden

Spis treści

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +” nr OWU/TMR4/1/2016	5
Art. 1 Definicje.....	6
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	8
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy głównej. Szczególne warunki Umowy głównej.....	8
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego.....	8
Art. 6 Czas trwania Umowy głównej.....	8
Art. 7 Wyznaczanie Uposażonych.....	8
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	9
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	9
Art. 10 Składka za Umowę główną. Wysokość, opłacanie i zwrot Składki całkowitej.....	9
Art. 11 Zmiana Sumy ubezpieczenia.....	9
Art. 12 Indeksacja Składki za Umowę główną.....	10
Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci ubezpieczonego.....	10
Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego.....	11
Art. 15 Świadczenie z tytułu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem....	11
Art. 16 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób wypłaty świadczeń.....	12
Art. 17 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	13
Art. 18 Odstąpienie od Umowy głównej.....	13
Art. 19 Rozwiązanie Umowy głównej.....	13
Art. 20 Wygaśnięcie Umowy głównej.....	13
Art. 21 Reklamacje.....	14
Art. 22 Techniczna stopa procentowa	14
Art. 23 Przekazywanie korespondencji.....	14
Art. 24 Duplikat dokumentu ubezpieczenia.....	15
Art. 25 Opodatkowanie świadczeń.....	15
Art. 26 Zmiana systemu monetarnego	15
Art. 27 Prawo właściwe. Rozstrzygnięcie sporów	15
Art. 28 Wejście w życie Warunków	15
Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TEMP1/1/2016	16
Art. 1 Definicje.....	16
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	16
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	16
Art. 4 Składka.....	17
Art. 5 Świadczenie.....	17
Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	17
Art. 7 Postanowienia końcowe	17
Art. 8 Wejście w życie Warunków	18
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr OWU/ADR4/1/2015	20
Art. 1 Definicje.....	20
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	20
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	20
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej. Szczególne warunki Umowy dodatkowej.....	21
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania Umowy dodatkowej.....	21
Art. 6 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	21
Art. 7 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	21
Art. 8 Składka za Umowę dodatkową	21
Art. 9 Wypłata świadczenia.....	22
Art. 10 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	22
Art. 11 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej.....	22
Art. 12 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.....	22
Art. 13 Wejście w życie Warunków	22
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/CIR5/1/2016	24
Art. 1 Definicje.....	24
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	25
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	26
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej. Szczególne warunki Umowy dodatkowej.....	26
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania Umowy dodatkowej	27
Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej.....	27
Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?	27
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	27
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	27
Art. 10 Zmiana Sumy ubezpieczenia	28
Art. 11 Składka za Umowę dodatkową	28
Art. 12 Wypłata świadczenia.....	29
Art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	30
Art. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej.....	30
Art. 15 Techniczna stopa procentowa	30
Art. 16 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.....	30
Art. 17 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.....	30

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej	
pobytu w szpitalu lub operacji	
nr OWU/HRI4/1/2016	32
Art. 1 Definicje.....	32
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	33
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela	33
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej.	
Szczególne warunki Umowy dodatkowej.....	33
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania	
Umowy dodatkowej.....	34
Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej.....	34
Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować	
z przedłużenia Umowy dodatkowej?	34
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	34
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego	
i Ubezpieczonego	34
Art. 10 Składka za Umowę dodatkową.....	35
Art. 11 Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu.....	35
Art. 12 Świadczenie z tytułu Operacji.....	36
Art. 13 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia	
ubezpieczeniowego.	
Sposób wypłaty świadczeń.....	36
Art. 14 Wyłączenia odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela	37
Art. 15 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie	
Umowy dodatkowej.....	38
Art. 16 Techniczna stopa procentowa	38
Art. 17 Stosowanie postanowień Ogólnych	
warunków ubezpieczenia Umowy głównej.....	38
Art. 18 Wejście w życie Warunków	38
Załącznik do Umowy dodatkowej dotyczącej	
pobytu w szpitalu lub operacji (HRI4)	39
Tabela limitów i opłat	
TLiO/TMR4/1/2015	43

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +”
nr OWU/TRM4/1/2016 (OWU)

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie
nr OWU/TEMP1/1/2016 (OWUT)

Tabeli limitów i opłat TLiO/TMR4/1/2015 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU i TLiO	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 13 i Art. 15 OWU oraz Art. 1, Art. 2, Art. 3 i Art. 5 OWUT
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 9, Art. 13 i Art. 17 OWU oraz Art. 6 OWUT
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 terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +” nr OWU/TMR4/1/2016

Komentarze w ramach – czemu służą i jaki mają charakter?

Tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia jest dokumentem o charakterze prawnym. Z tego powodu może być trudny w odbiorze. Mamy nadzieję, że poprzez komentarze w ramach ułatwimy jego zrozumienie. Nie są one częścią Umowy ubezpieczenia i nie mają charakteru wiążącego. Posłużyliśmy się w nich mniej formalnym językiem oraz podaliśmy przykłady objaśniające konsekwencje poszczególnych zapisów. Nie objaśnialiśmy każdego artykułu – wybraliśmy kluczowe fragmenty dla zrozumienia tego ubezpieczenia.

To nie wszystko – obsługujący Ciebie Przedstawiciel oraz pracownicy Centrum Obsługi Telefonicznej odpowiedzą na Twoje pytania.

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do Umowy głównej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: TMR4 i są jej integralną częścią.

Ogólne warunki ubezpieczenia, inaczej OWU – jakie mają dla Ciebie znaczenie?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stanowią ważny element Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Tobą a Ubezpieczycielem. W tym dokumencie znajdziesz istotne informacje dotyczące Umowy „Ochrona +”.

Art. 1 Definicje

Definicje – czemu służą i dlaczego warto się z nimi zapoznać?

Niektóre słowa użyte w dokumencie mają ściśle określone znaczenie. Ich potoczne rozumienie może być inne. W niektórych przypadkach zdefiniowanie określonego terminu wpływa na zakres świadczeń, dlatego też tak ważne jest zapoznanie się ze wszystkimi definicjami.

W Ogólnych warunkach terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TMR4/1/2016 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy głównej, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Ubezpieczyciel”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
2. **„Ubezpieczający”** – osoba, która zawarła Umowę główną z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy głównej.
4. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
5. **„Umowa główna”** – Umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
6. **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
7. **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
8. **„Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej Umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.
9. **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej.
10. **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
11. **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
12. **„Wiek Ubezpieczonego”** – wiek obliczany w każdą rocznicę polisy zgodnie z następującą formułą: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od ww. dnia.
13. **„Miesiąc polisowy”** – miesiąc zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
14. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota równa wysokości świadczenia wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
15. **„Składka za Umowę główną”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy głównej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, stanowiąca sumę składek wymienionych w Dokumencie ubezpieczenia odpowiadających poszczególnym świadczeniom w ramach Umowy głównej.
16. **„Składka całkowita”** – suma składki za Umowę główną i składek za Umowy dodatkowe, po uwzględnieniu rabatu za częstotliwość opłacania składki całkowitej, opłacana w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia. Składkę całkowitą wpłaca się na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
17. **„Nieszczęśliwy Wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego.
W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby.
18. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
19. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika reobrotowego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
20. **„Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem”** – uszczerbek na zdrowiu poniesiony przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powodujący całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy.
W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku ukończyli 60 rok życia za Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem uznaje się również następujące uszczerbki na zdrowiu spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem: utratę słuchu, utratę wzroku w jednym oku, utratę kończyny.
21. **„Trwale inwalidztwo całkowite”** – uszczerbek na zdrowiu spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, będący przyczyną jednoczesnego wystąpienia: całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.
22. **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – stwierdzona przez Lekarza nieodwracalna niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności

życiowych: mycie, ubieranie, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uważa się także utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.

23. **„Utrata wzroku w obu oczach”** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
24. **„Utrata wzroku w jednym oku”** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
25. **„Utrata słuchu”** – całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
26. **„Utrata kończyny”** – fizyczna utrata którejkolwiek kończyny (przynajmniej dłoni lub stopy) albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w którejkolwiek kończynie.
27. **„Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający stawki limitów, rabatów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie głównej i w Umowach dodatkowych, w przypadkach określonych w Warunkach. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.
28. **„Przedstawiciel”** – osoba wykonująca czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie Agenta Ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam Agent Ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
29. **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

W tym artykule określiliśmy, jaki jest zakres ubezpieczenia oraz w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel wypłaci pieniądze (świadczenie). Firmy ubezpieczeniowe zawsze precyzyjnie określają, za jakie zdarzenia wypłacają świadczenia.

Zakres głównej Umowy ubezpieczenia obejmuje kilka zdarzeń. Zwracamy uwagę, że w razie śmierci albo trwałego inwalidztwa całkowitego, wypłacimy wyłącznie jedno świadczenie – za zdarzenie, które wystąpi jako pierwsze.

Polecamy też uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 13-16. Warto też zapoznać się z art. 17, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego w czasie trwania Umowy głównej,
 - b) Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego,
 - c) Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, z uwzględnieniem postanowień ust. 3.Zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w pkt b i c jest tylko takie Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego i Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, które zostało stwierdzone przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego albo świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego, w zależności od tego, które z tych zdarzeń ubezpieczeniowych zajdzie pierwsze. Wypłata świadczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem nie wyklucza późniejszej wypłaty świadczenia z tytułu innego zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego zakresem ubezpieczenia.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa:
 - a) w ust. 2 pkt a uznaje się dzień Śmierci Ubezpieczonego;
 - b) w ust 2 pkt b uznaje się ostatni dzień 24-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek

pracy zarobkowej oraz nieprzerwanej niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli po upływie pierwszych 6 miesięcy ww. okresu Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i zdolności do samodzielnej egzystencji, to za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy;

- c) w ust 2 pkt c uznaje się ostatni dzień 6-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej pod warunkiem, że ww okres rozpoczął się nie później niż przed upływem 90 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku. Jeżeli przed końcem ww. 6-miesięcznego okresu Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, to za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy;
- d) w ust 2 pkt c – w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 60 rok życia dodatkowo: dzień wystąpienia utraty słuchu, utraty wzroku w jednym oku lub utraty kończyny.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia pierwszej Składki całkowitej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego oraz Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem wygasa w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy głównej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy głównej na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
6. Przed Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie odrębnej Umowy ubezpieczenia na życie.

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

1. Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie), za zgodą Ubezpieczonego.
2. Do zawarcia Umowy głównej niezbędne jest:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia, dokonane poprzez wypełnienie ankiety medycznej stanowiącej integralną część wniosku o ubezpieczenie;
 - b) zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie;
 - c) opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej Składki całkowitej.
3. Przed zawarciem Umowy głównej Ubezpieczony, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do:
 - a) udostępnienia dodatkowych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia;
 - b) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
4. Przed zawarciem Umowy głównej Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy głównej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.

Art. 5 Wiek Ubezpieczonego

Umowa główna może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 70 lat.

Art. 6 Czas trwania Umowy głównej

1. Umowa główna może zostać zawarta na okres nie krótszy niż 5 lat.
2. Umowa główna nie może trwać dłużej niż 30 lat oraz nie może kończyć się później, niż w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 lat.

Art. 7 Wyznaczanie Uposażonych

1. Ubezpieczony ma prawo wyznaczyć Uposażonych oraz ich procentowy udział w świadczeniu.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania Umowy głównej wskazać innego Uposażonego. Osoba wskazana uważana

jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela

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

Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem Umowy głównej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie a doręczeniem Ubezpieczającemu polisy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli pomiędzy złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia a doręczeniem Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego dokonanie tego podwyższenia zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed doręczeniem ww. dokumentu ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.

Art. 10 Składka za Umowę główną. Wysokość, opłacanie i zwrot Składki całkowitej

1. Składka za Umowę główną jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, czasu trwania Umowy głównej, Sumy ubezpieczenia,

częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy głównej. Minimalna wysokość Składki za Umowę główną wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

2. Składka całkowita podlega rabatom za częstotliwość opłacania tej składki, zgodnie z limitami wskazanymi w Tabeli limitów i opłat.
3. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności) poczynwszy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia tej Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Za dzień opłacenia Składki całkowitej Ubezpieczyciel przyjmuje dzień następnego po dniu, w którym bank albo urząd pocztowy, potwierdził przyjęcie tej składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
5. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną Składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
6. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie.
7. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie;
 - b) kwartalnie;
 - c) półrocznie;
 - d) rocznie.
8. Ubezpieczający może w czasie trwania Umowy głównej zmienić częstotliwość opłacania Składki całkowitej.
9. Termin dokonania zmiany częstotliwości opłacania Składki całkowitej zależy od obowiązującej oraz nowo wybranej częstotliwości opłacania tej składki.
10. Zmiana częstotliwości opłacania Składki całkowitej nie jest możliwa w okresie przejścia opłacania składek całkowitych przez Ubezpieczyciela.
11. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki całkowitej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 11 Zmiana Sumy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia.
2. Zmiana Sumy ubezpieczenia następuje w rocznicę polisy za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela i dostarczony Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed tą rocznicą.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia następuje z zachowaniem limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat.
4. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych, i uzależnić podwyższenie Sumy ubezpieczenia od wyniku

- dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę odpowiednio wysokości świadczeń należnych z tytułu Umowy głównej, Składki za Umowę główną, jak również powoduje zmianę Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej z zachowaniem limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat i Składki za Umowę dodatkową, o ile Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej nie stanowią inaczej.
 7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia opłacenia Składki całkowitej w nowej wysokości.
 8. Zmiana Sumy ubezpieczenia nie jest możliwa, jeśli Ubezpieczony ukończył 65 lat.
 9. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie jest możliwe w czasie przejścia opłacania składek całkowitych przez Ubezpieczyciela.
 10. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie zmiany dokumentem ubezpieczenia, w ciągu 30 dni od wejścia w życie tej zmiany.
 11. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.

Art. 12 Indeksacja Składki za Umowę główną

1. Indeksacja jest to podwyższenie Składki za Umowę główną w rocznicę polisy zgodnie z procentowym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanym przez Główny Urząd Statystyczny za okres 12 miesięcy (dalej: wskaźnik indeksacji), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli wskaźnik wzrostu cen towarów i usług opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny jest mniejszy niż 3%, to wskaźnik indeksacji jest równy 3%.
3. Ubezpieczyciel stosuje wskaźnik indeksacji ustalony na zasadach wskazanych w ust. 1 i 2, opublikowany nie później niż na 6 miesięcy przed rocznicą polisy.
4. W wyniku indeksacji Składki za Umowę główną wzrasta Suma ubezpieczenia, bez konieczności akceptacji dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego. Kwota, o jaką wzrasta Suma ubezpieczenia, jest obliczana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w dniu indeksacji, okresu, jaki pozostał od tego dnia do zakończenia czasu trwania Umowy głównej,

- częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz szczególnych warunków zawarcia Umowy głównej.
5. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację dotyczącą indeksacji Składki za Umowę główną i Sumy ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
 6. Indeksacja nie jest dokonywana:
 - a) w okresie przejścia przez Ubezpieczyciela opłacania składek całkowitych;
 - b) gdy Ubezpieczający zrezygnował z indeksacji najpóźniej na 15 dni przed rocznicą polisy;
 - c) w ostatnich latach trwania Umowy głównej – w zależności od okresu, na jaki została zawarta ta Umowa, zgodnie z poniższą tabelą:

Czas trwania Umowy głównej	ostatnie roczne polisy, gdy indeksacja może zostać dokonana
Od 6 do 9 lat	4., licząc od początku czasu trwania Umowy
10 lat i więcej	6., licząc od końca czasu trwania Umowy

7. Jeśli Umowa główna została zawarta na 5 lat, Składka za Umowę główną może być indeksowana w każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 6a i b.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o rezygnacji z indeksacji w terminie, o którym mowa w ust. 6 pkt b, strony ustalają, że oznacza to wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na indeksację.

Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci ubezpieczonego

1. Z chwilą Śmierci Ubezpieczonego Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu Śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobom wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako Uposażeni, zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku określenia udziałów procentowych Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia Uposażonym w równych częściach. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
4. Jeżeli w chwili Śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
5. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieje lub utracili prawo do świadczenia przed

zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności, według następujących kategorii:

- a) małżonek;
- b) dzieci;
- c) wnuki;
- d) rodzice;
- e) rodzeństwo;
- f) dzieci rodzeństwa.

6. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
7. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 5 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należącej jej część otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego

Czym jest trwałe inwalidztwo całkowite?

Trwałe inwalidztwo całkowite to uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, w wyniku którego stałbyś się całkowicie, trwale i nieodwracalnie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz do samodzielnej egzystencji.

Zwracamy uwagę, że wypłata świadczenia z tego tytułu następuje dopiero po upływie okresu 2 lat nieprzerwanej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach (kiedy nie ma nadziei na poprawę zdrowia) wypłata może nastąpić wcześniej.

1. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że okres nieprzerwanej, całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz nieprzerwanej Niezdolności do samodzielnej egzystencji rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy głównej, to Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.

Art. 15 Świadczenie z tytułu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem

Czym jest inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem?

W tym przypadku mówimy wyłącznie o uszczerbku na zdrowiu, który powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku (np. poważne złamanie kości wymagające intensywnej terapii i rehabilitacji), w wyniku którego nie mógłbyś wykonywać jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy. W tej sytuacji przejmemy za Ciebie opłacanie składek za ubezpieczenie. W wyjątkowych okolicznościach, jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu nie rękiesz odzyskania zdolności do pracy, przejście opłacania składek może nastąpić wcześniej.

Okres, w ciągu którego będziemy za Ciebie opłacać składki zależy od opinii konsultanta medycznego Ubezpieczyciela, który na podstawie dokumentacji dotyczącej Twojego stanu zdrowia ustali jak długo może trwać niezdolność do pracy. Jeśli po wcześniej ustalonym okresie niezdolności do pracy, w dalszym ciągu nie mógłbyś pracować i dostarczysz nam dokumenty potwierdzające Twoją niezdolność do pracy to dalej będziemy opłacać za Ciebie składki aż do czasu, kiedy Twój stan zdrowia umożliwi Ci podjęcie pracy.

1. Ubezpieczyciel spełni świadczenie z tytułu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem poprzez przejście opłacania składek całkowitych na czas określony, jednak nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
2. Jeśli Ubezpieczony złoży wniosek o przejście opłacania składek po upływie 6 miesięcy całkowitej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej, to Ubezpieczyciel:
 - a) przejmie opłacanie składek od najbliższego terminu płatności następującego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. po zakończeniu tego 6-miesięcznego okresu,
 - b) zwróci Ubezpieczającemu Składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za ten 6-miesięczny okres.
3. Jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu wskazanego w art. 2 ust. 4 pkt c Ubezpieczony

- nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej i złoży wniosek o przejęcie opłacania składek, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy, niż ostatni dzień tego 6-miesięcznego okresu. W takim wypadku Ubezpieczyciel:
- a) przejmie opłacanie składek całkowitych począwszy od terminu płatności przypadającego bezpośrednio po ustalonym w ten sposób wcześniejszym dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) zwróci Ubezpieczającemu Składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za część wyżej wskazanego 6-miesięcznego okresu przypadającą przed tak ustalonym wcześniejszym dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku utraty wzroku w jednym oku, utraty słuchu lub utraty kończyny przez Ubezpieczonego, który ukończył 60. rok życia, Ubezpieczyciel przejmie opłacanie składek od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 4 pkt d do końca trwania Umowy głównej, jednak nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
 5. Zwrot Składki całkowitej lub jej wielokrotności następuje w terminie, o którym mowa w art. 16 ust. 5.

Art. 16 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób wypłaty świadczeń.

Co zrobić w przypadku zajścia zdarzenia?

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

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
 - b) dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę Śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
 - c) urzędowym dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami medycznymi potwierdzającymi zajście Trwałego inwalidztwa całkowitego (tj. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
 - c) notatką urzędową z Policji lub innym urzędowym dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy oraz Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych;
 - e) innymi dokumentami, w tym dokumentami medycznymi możliwymi do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
4. W celu rozpatrzenia wniosku o przejęcie opłacania składek całkowitych konieczne jest dostarczenie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) notatki urzędowej z Policji lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - c) dokumentów medycznych potwierdzających wystąpienie Inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (tj. karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zaświadczeń lekarskich, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań),
 - d) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w ciągu 6 miesięcy poprzedzających dzień zajścia zdarzenia,
 - e) decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
5. Rozpatrzenie wniosku o przejęcie opłacania składek całkowitych nastąpi w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia

- okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci albo Trwałego inwalidztwa całkowitego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 7. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy spełnienia świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia (w przypadku Śmierci) albo Ubezpieczony (w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego albo Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem) może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu;
 - c) samobójstwa w pierwszych dwóch latach polisowych.
 2. Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego lub Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - b) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie pod użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki całkowitej w terminie 60 dni począwszy od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 17 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Kiedy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności?

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk jest prawie niemożliwe i byłoby bardzo drogie. Z tego powodu ubezpieczenie nie obejmuje niektórych sytuacji. Należą do nich sytuacje o charakterze masowym lub nadzwyczajnym jak np. wojna.

Są też sytuacje, które objęte ubezpieczeniem przenosiłyby konsekwencje ryzykownych decyzji innych osób na pozostałych ubezpieczonych, co skutkowałoby wyższymi składkami za ubezpieczenie. Dlatego ubezpieczenie nie obejmuje np. śmierci spowodowanej czynnym i dobrowolnym udziałem w zamieszkach lub trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego spowodowanego świadomym pozostawaniem pod wpływem alkoholu. Zachęcamy do uważnego zapoznania się z pełną listą wyłączeń wymienionych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego, Trwałe inwalidztwo całkowite lub Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:

Art. 18 Odstąpienie od Umowy głównej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy głównej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania polisy (zawarcia Umowy głównej).
2. W terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu Składkę całkowitą.

Art. 19 Rozwiązanie Umowy głównej

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę główną. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej Umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 2.
2. Umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu do zapłaty, po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa Składka całkowita.

Art. 20 Wygaśnięcie Umowy głównej

1. Umowa główna wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu pierwszego ze zdarzeń ubezpieczeniowych: Śmierci Ubezpieczonego

albo Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego.

- Umowa główna wygasa z dniem Śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
- Umowa główna wygasa z upływem czasu, na jaki została zawarta.

Art. 21 Reklamacje

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy 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).
- 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 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.

Art. 22 Techniczna stopa procentowa

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

rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń wskazanych w Warunkach.

Art. 23 Przekazywanie korespondencji

- Korespondencja związana z Umową powinna być przekazana na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie, Przedstawicielowi lub w inny sposób uzgodniony z Nationale-Nederlanden. W przypadku przekazywania korespondencji na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie pod wniosek o wypłatę, wypowiedzenie lub odstąpienie od Umowy należy dołączyć kopię urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby składającej wniosek.
- Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do Nationale-Nederlanden zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.
- Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
- Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.
- O ile poszczególne postanowienia Warunków lub Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach lub w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

Art. 24 Duplikat dokumentu ubezpieczenia

1. Jeżeli dokument ubezpieczenia został zgubiony lub zniszczony, Ubezpieczający obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym zdarzeniu Ubezpieczyciela.
2. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał dokumentu ubezpieczenia staje się nieważny.

Art. 25 Opodatkowanie świadczeń

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu danej Umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających Składkę całkowitą Ubezpieczyciel może powiększyć składkę o ich wysokość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 26 Zmiana systemu monetarnego

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

Art. 27 Prawo właściwe. Rozstrzygnięcie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa główna zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy, spadkobierca

Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 28 Wejście w życie Warunków

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

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TEMP1/1/2016

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie, zawieranej z Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie wniosku o ubezpieczenie i stanowią jego integralną część.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach tymczasowego ubezpieczenia na życie (dalej: Warunki) poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Ubezpieczyciel**” – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
- 2) „**Ubezpieczający**” – osoba wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczający.
- 3) „**Ubezpieczony**” – osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia oraz umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie.
- 4) „**Uposażony**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku jako Uposażony z Umowy głównej, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 5) „**Umowa ubezpieczenia**” – umowa ubezpieczenia na życie wskazana we Wniosku, w której skład wchodzi co najmniej Umowa główna.
- 6) „**Wniosek**” – oferta Ubezpieczającego dotycząca zawarcia umowy ubezpieczenia, złożona na formularzu Ubezpieczyciela.
- 7) „**Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie**” – umowa ubezpieczenia na życie zawierana na podstawie Warunków (dalej: umowa tymczasowa).
- 8) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego.
- 9) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedno lub dwa spośród następujących zdarzeń

ubezpieczeniowych:

- a) śmierć Ubezpieczonego – Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia wynosi 100 zł,
- b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w czasie trwania umowy tymczasowej – Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia jest równa 50 000 zł.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Zawarcie umowy tymczasowej następuje z dniem następnym po dniu, w którym Ubezpieczający podpisał Wniosek, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki za umowę tymczasową. Z tym samym dniem rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy tymczasowej.
2. Umowa tymczasowa obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu i odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - a) z upływem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - b) z upływem 90 dnia, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy tymczasowej.
4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego

odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia art. 6 lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Art. 4 Składka

1. Składka za każdy rozpoczęty miesiąc ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy tymczasowej wynosi 5 zł. Obowiązek opłacenia tej składki zostaje spełniony poprzez wpłatę pierwszej Składki całkowitej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
2. Składka całkowita wpłacona przez Ubezpieczającego na poczet pierwszej Składki całkowitej za Umowę ubezpieczenia podlega zwrotowi w przypadku:
 - a) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela albo
 - b) rezygnacji z zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego albo
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia jednego lub dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w art. 2 ust. 2.

W tych przypadkach Składka całkowita może zostać pomniejszona przez Ubezpieczyciela o składki za ochronę tymczasową.

Art. 5 Świadczenie

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nabywa prawo do świadczenia w wysokości odpowiedniej Sumy ubezpieczenia. Wypłata świadczenia następuje na jego wniosek.
2. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie 30 dni od jego zajścia.
3. Do wypłaty świadczeń stosuje się postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wskazanej we Wniosku, doręczonych Ubezpieczającemu w dniu podpisania Wniosku.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Uposażony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła w następującym:
 - 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) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- e) samobójstwa.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w ust. 1 oraz:
 - a) świadomego pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony.

Art. 7 Postanowienia końcowe

1. Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń.
2. Do przekazywania korespondencji oraz do składania i rozpatrywania skarg i zażaleń stosuje się postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wskazanej we Wniosku, doręczonych Ubezpieczającemu w dniu podpisania Wniosku.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy tymczasowej regulują przepisy:
 - a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.);
 - b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 ze zm.).
4. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składki za umowę tymczasową ponosi Ubezpieczający. Wysokość składki za umowę tymczasową, uzgodnionej pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, wyraża się w kwocie netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich, obciążających składkę za umowę tymczasową, Ubezpieczyciel może powiększyć składkę za umowę tymczasową o ich wysokość.
5. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji Uposażonego powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.
6. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy tymczasowej będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

7. Umowa tymczasowa podlega przepisom prawa polskiego.
8. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy, spadkobierca Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

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



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/ADR4/1/2015 (OWU)
Tabeli limitów i opłat TLiO/TMR4/1/2015 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 7 i Art. 9 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 10 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr OWU/ADR4/1/2015

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: ADR4 i są jej integralną częścią.

Art. 1 Definicje

Definicja nieszczęśliwego wypadku

Zwróć szczególną uwagę na definicję nieszczęśliwego wypadku, którego potoczne rozumienie jest często inne od definicji zawartej w niniejszych Ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pamiętaj, że jest to sytuacja nagła, niezależna od Twojej woli i wywołana przyczyną zewnętrzną (nie jest nią więc np. choroba), która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci.

W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej ADR4 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
2. **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oznaczona kodem ADR4.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z Umowy głównej.
5. **„Nieszczęśliwy Wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią

i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby.

6. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
7. **„Składka za Umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania tej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia tego wypadku.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej uwzględniającej Składkę za Umowę dodatkową.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy w danym przypadku jest ona wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególnie warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania (dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i za zgodą Ubezpieczyciela, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także za zgodą Ubezpieczonego.
3. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej wniosek należy złożyć nie później niż na 30 dni przed kolejnym terminem płatności Składki całkowitej.
4. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
6. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
7. Dokupienie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Art. 5 Wiek Ubezpieczonego.

Czas trwania Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 66 lat.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na okres nie krótszy niż 5 lat.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres do zakończenia Umowy głównej, z zastrzeżeniem art. 11 ust. 3.

Art. 6 Obowiązki Ubezpieczyciela

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci

świadczenie na zasadach określonych w art. 9 Warunków.

Art. 7 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zadane we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej Umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.

Art. 8 Składka za Umowę dodatkową

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze Składką za Umowę główną.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
3. Składka za Umowę dodatkową podlega indeksacji w związku z indeksacją Składki za Umowę główną. Indeksacja Składki za Umowę główną podwyższa Sumę ubezpieczenia Umowy głównej, a przez to podwyższa Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej i w związku z tym Składkę za Umowę dodatkową.
4. Składka za Umowę dodatkową ulega podwyższeniu lub obniżeniu, z zachowaniem zasad wskazanych w art. 4, w przypadku, odpowiednio: podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia Umowy głównej na wniosek Ubezpieczającego. Podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia Umowy głównej powoduje zmianę Składki za Umowę główną oraz zmianę Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, a przez to Składki za Umowę dodatkową.
5. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 9 Wypłata świadczenia

1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który nastąpił w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek nastąpił w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek tego wypadku nastąpiła po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej. W tym przypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej.
3. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 10 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w art. 17 ust 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej oraz świadomego pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci Składki całkowitej w terminie 30 dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i Nieszczęśliwy Wypadek w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 11 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcia Umowy dodatkowej).

2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o jej wypowiedzeniu.
3. Umowa dodatkowa wygasa w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 lat.
4. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.

Art. 12 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej

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

Art. 13 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 25/2015 z dnia 15 maja 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełoińska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/CIR5/1/2016 (OWU)
Tabeli limitów i opłat TLiO/TMR4/1/2015 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU/TLiO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 9, Art. 12 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 12 i Art. 13 OWU oraz pkt 5 i 6 TLiO
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 nr OWU/CIR5/1/2016

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: CIR5 i są jej integralną częścią.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej CIR5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenie:

1. **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, oznaczona kodem CIR5.
2. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
3. **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony z Umowy głównej, osoba, której zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z Umowy głównej.
5. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, nie niższa i nie wyższa od limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
6. **„Składka za Umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
7. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
8. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
9. **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”**
 - a) w przypadku zawału serca, nowotworu złośliwego, udaru mózgu, niezłotliwego guza mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

Ubezpieczenie dotyczące poważnego zachorowania zapewnia finansowe wsparcie w razie wystąpienia wymienionej poniżej choroby lub zabiegu. Zwróć uwagę na to, że lista chorób i zabiegów jest listą zamkniętą, a ich definicje bardzo precyzyjnie wskazują, czym te zdarzenia muszą się charakteryzować, żeby mogła nastąpić wypłata świadczenia.

Zobaczmy to na przykładzie.

Pan Jan przechodził rutynowe badania okresowe, podczas których wykryto u niego nowotwór złośliwy. Nowotwór złośliwy jest objęty zakresem ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, dlatego Pan Jan otrzymał wypłatę w wysokości 200 000 zł. Dzięki pieniądзом z ubezpieczenia mógł m.in. rozpocząć nowoczesne leczenie i opłacić wizytę u lekarza specjalisty za granicą. Gdyby jednak u Pana Jana wykryto np. niezłośliwy nowotwór skóry – który nie jest objęty ubezpieczeniem – nie otrzymałby on świadczenia.

Polecamy uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 12. Warto też zapoznać się z art. 13, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem, co oznacza, że w przypadku ich wystąpienia Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje, z zastrzeżeniem ust. 3, następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1(CIN – Cervical Intrapithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;

- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A < 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnkomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji)
- b) **Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi (powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium). Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - c) **Niezłośliwy guz mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytki neurologiczne (z wyłączeniem: torbieli, ziarniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwawiaków mózgu oraz wrodzonych niezłośliwych guzów mózgu).
 - d) **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Zakres ubezpieczenia

- nie obejmuje spowodowanych zewnętrznym urazem: zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- e) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. 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.
- f) **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. Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy szpiku, które nie zostały poprzedzone całkowitą ablacją (zniszczeniem) własnego szpiku biorcy.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- h) **Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana Chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) **Utrata słuchu:** całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana Chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- j) **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczęcia stentu w celu korekcji minimum 50%-ego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę Zwężenie drożności musi:

- powodować pogorszenie funkcji komory lub
- zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
- być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.

Świadczenie z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) wynosi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe wymienione w ust 2, pod warunkiem, że w ciągu 30 dni od dnia jego zajścia nie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego z powodu tego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególnie warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

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

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej (dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą Ubezpieczyciela. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej, wniosek należy złożyć na 30 dni przed terminem płatności kolejnej Składki całkowitej.

3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
6. Zawarcie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeśli Ubezpieczony ukończył 18 lat oraz nie ukończył 61 lat.
3. Umowa dodatkowa może zostać przedłużona zgodnie z postanowieniami art. 6 i nie może kończyć się później niż w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy kończy się w najbliższą piątą rocznicę trwania Umowy głównej, liczoną od momentu dokupienia Umowy dodatkowej.

Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej Nationale-Nederlanden może przekazać Ubezpieczającemu propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania wraz z informacją o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile Ubezpieczający nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej w sposób opisany poniżej, przedłużenie następuje w dniu następnym po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekazało Ubezpieczającemu propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej objęty jest ten sam Ubezpieczony.
4. Umowa dodatkowa nie może zostać przedłużona w sytuacji, gdy w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej Umowy dodatkowej opłacanie składki całkowitej było przejęte przez Ubezpieczyciela

- na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
5. Wysokość Składki za przedłużoną Umowę dodatkową jest obliczana zgodnie z postanowieniami art. 11 ust. 2 z uwzględnieniem zmiany zakresu ubezpieczenia w związku z wypłatą świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o którym mowa w art. 11 ust. 3.
 6. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia przekazanego przez Ubezpieczającego do Nationale-Nederlanden najpóźniej 10 dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli Ubezpieczający przekaże do Nationale-Nederlanden informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiedzania Umów dodatkowych opisanymi w warunkach.
3. Ubezpieczający może przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Art. 8 Obowiązek Ubezpieczyciela

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Ubezpieczonemu na zasadach określonych w art. 12-13.

Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem Umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej, a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej Umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub

Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.

5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 180 dni, licząc od dnia jego zajścia. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia.
W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie uniemożliwiło ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest objęte zakresem ubezpieczenia. Koszty tych badań lub obserwacji ponoszone są przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony ma obowiązek starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.

Art. 10 Zmiana Sumy ubezpieczenia

1. W każdą rocznicę polisy, nie wcześniej niż po upływie roku od dnia zawarcia Umowy dodatkowej, Ubezpieczający może podwyższyć albo obniżyć Sumę ubezpieczenia. Obniżenie Sumy ubezpieczenia następuje z zachowaniem minimalnych kwot, wskazanych w Warunkach oraz Tabeli limitów i opłat. Zmiana następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela.
Wniosek należy złożyć na 30 dni przed rocznicą polisy.
2. Ubezpieczyciel potwierdza podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
3. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych i uzależnić podwyższenie Sumy ubezpieczenia od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje pod warunkiem potwierdzenia zmiany przez Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c,

nowa, podwyższona Suma ubezpieczenia obowiązuje po 90 dniach, licząc od rocznicy polisy, oraz jeśli Ubezpieczający opłacił wszystkie zaległe Składki całkowite wymagalne w tym okresie, uwzględniające Składkę za Umowę dodatkową w nowej wysokości. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c, zajdzie przed upływem 90 dni od rocznicy polisy wskazanej w zdaniu pierwszym, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej przed podwyższeniem powiększonej o sumę składek za Umowę dodatkową opłaconych od dnia rocznicy polisy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. Wniosek o zmianę Sumy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.

Art. 11 Składka za Umowę dodatkową

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze Składką za Umowę główną.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
3. Składka za Umowę dodatkową przedłużoną zgodnie z postanowieniami art. 6 jest ustalana z uwzględnieniem zmiany zakresu ubezpieczenia w związku z wypłatą świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązującej przed jej przedłużeniem.
4. Składka za Umowę dodatkową podlega indeksacji tylko wtedy, gdy indeksacji podlega Składka za Umowę główną. Na podstawie kwoty, o jaką w wyniku indeksacji wzrasta Składka za Umowę dodatkową, zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki całkowitej w dniu indeksacji oraz szczególnych warunków Umowy dodatkowej, obliczana jest kwota o jaką wzrasta Suma ubezpieczenia.
5. Składka za Umowę dodatkową ulega zmianie w przypadku podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udziałem ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 12 Wypłata świadczenia

Jak mam rozumieć wielokrotną wypłatę świadczenia?

Zwracamy uwagę, że istnieją sytuacje, kiedy może nastąpić więcej niż jedna wypłata świadczenia w razie poważnego zachorowania. Choroby, których wystąpienie kwalifikuje bądź nie – do ponownej wypłaty – zostały opisane w poniższym artykule.

Przyjrzyjmy się temu na przykładzie: U Pana Jana wykryto nowotwór złośliwy (choroba z grupy III) i w związku z tym otrzymał świadczenie w wysokości 200 000 zł. Wypłata spowodowała ograniczenie zakresu ubezpieczenia do chorób z grupy II oraz IV (zgodnie z poniższymi zapisami OWU – choroby z grupy I oraz III zostały wykluczone z ubezpieczenia).

Po roku Pan Jan przeszedł zawał serca (choroba z grupy II), z tytułu którego otrzymał kolejną wypłatę świadczenia. Ta wypłata spowodowała dalsze ograniczenie zakresu ubezpieczenia – wykluczono wszystkie choroby z grupy II, wśród których znajduje się zawał serca).

Aktualnie Pan Jan jest objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu utraty wzroku i utraty słuchu, tj. chorób wymienionych w grupie IV.

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia, chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 oraz z zastrzeżeniem zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt j, wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu Umowy dodatkowej jest równa Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej.
Ze względu na skutki wypłaty świadczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym, zdarzenia ubezpieczeniowe zostały podzielone na cztery Grupy:
 - a) Grupa I - niewydolność nerek, przeszczerp narządów;
 - b) Grupa II - zawał serca, zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), udar mózgu;
 - c) Grupa III – nowotwór złośliwy, niezłośliwy guz mózgu;
3. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, należało do Grupy I, to Umowa dodatkowa wygasa.
4. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, należało do Grupy II, III albo IV, to z dniem wypłaty tego świadczenia zostaje wyłączona odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu pozostałych zdarzeń ubezpieczeniowych należących do tej samej Grupy oraz wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych należących do Grupy I.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
6. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c zajdzie przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej po raz pierwszy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie składek za Umową dodatkową opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - kartą wypisu ze szpitala;
 - dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań;
 - dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej;
 - opiniami lekarskimi i wynikami badań laboratoryjnych oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
8. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 7 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza

przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2, zostało spowodowane lub zaszło w następnym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) świadomego pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - d) schorzeń zdiagnozowanych przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej. Wyłączenie to nie dotyczy schorzeń, o których Ubezpieczyciel został poinformowany na piśmie przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci Składowki całkowitej w terminie 30 dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcie Umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel

otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.

3. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.
4. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego z Grupy I bądź z dniem wypłaty trzeciego świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego należącego do Grupy II, III lub IV. W takich przypadkach nie jest możliwe przedłużenie ani dokupienie Umowy dodatkowej.
5. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczeń, o których mowa w art. 10 ust. 5 zdanie drugie oraz w art. 12 ust. 6.
6. Umowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 15 Techniczna stopa procentowa

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczenia wskazanego w Warunkach. Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy dodatkowej wskazana jest na stronie Nationale-Nederlanden pod adresem www.nn.pl/techniczne-stop-y-procentowe.

Art. 16 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej

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

Art. 17 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej

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

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/HRI4/1/2016

Tabeli limitów i opłat TLiO/TMR4/1/2015 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU/TLiO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 9, Art. 11 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 11, Art. 12 i Art. 14 OWU oraz pkt 7 TLiO
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 w szpitalu lub operacji nr OWU/HRI4/1/2016

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: HRI4 i są jej integralną częścią.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej HRI4 podany niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu lub operacji, oznaczona kodem HRI4.
2. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z Umowy głównej.
5. **„Szpital”** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
6. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
7. **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby, urazu. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operacje wymienione w Załączniku do Warunków. W rozumieniu Warunków zdarzeniem ubezpieczeniowym (Operacją) nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku do Warunków.
8. **„Pobyt w Szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu Warunków za Pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
9. **„Dzień pobytu w Szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu

uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).

10. „**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.
11. „**Choroba przewlekła**” – choroba o powolnym i długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, charakteryzująca się nawracającym występowaniem objawów lub odchyłań w badaniach, leczona w sposób stały lub okresowy.
12. „**Choroba psychiczna**” – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.
13. „**Nieszczęśliwy Wypadek**” – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji lub Pobytu w Szpitalu. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołał Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się Choroby.
14. „**Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego**” – dzień przeprowadzenia Operacji; w przypadku Pobytu w Szpitalu – czwarty dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego.
15. „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, równa kwocie wskazanej w Warunkach oraz Tabeli Limitów i Opłat odrębnie dla każdego wariantu Umowy dodatkowej, która stanowi podstawę do obliczenia świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej.
16. „**Składka za Umowę dodatkową**” – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Pobyt w Szpitalu spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - b) Operację spowodowaną Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest w jednym z trzech wariantów o możliwych do wyboru Sumach ubezpieczenia:
wariant I – 2500 zł,
wariant II – 5000 zł,
wariant III – 10 000 zł.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej uwzględniającej pierwszą Składkę za Umowę dodatkową, z zachowaniem postanowień art. 14 ust. 5.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej kończy się, z zastrzeżeniem ust. 4:
 - a) w piątą rocznicę polisy, liczoną od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b) z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej (dalej: dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą Ubezpieczyciela. W przypadku, gdy częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest inna niż miesięczna, wniosek o dokupienie Umowy dodatkowej należy złożyć na 30 dni przed terminem płatności kolejnej Składki całkowitej.
3. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
4. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
5. Zawarcie Umowy dodatkowej wymaga opłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej Składki całkowitej, uwzględniającej Składkę za Umowę dodatkową.

6. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
7. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
8. Zawarcie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeśli Ubezpieczony ukończył 18 lat oraz nie ukończył 61 lat.
3. Umowa dodatkowa może zostać przedłużona zgodnie z postanowieniami art. 6 i nie może kończyć się później, niż w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy kończy się w najbliższą piątą rocznicę trwania Umowy głównej, liczoną od momentu dokupienia Umowy dodatkowej.

Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej Nationale-Nederlanden może przekazać Ubezpieczającemu propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji wraz z informacją o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile Ubezpieczający nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej w sposób opisany poniżej, przedłużenie następuje w dniu następnym po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaze Ubezpieczającemu propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Ochronę ubezpieczeniową z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej objęty jest ten sam Ubezpieczony.
4. Umowa dodatkowa nie może być przedłużona w sytuacji, gdy w dniu zakończenia obowiązywania poprzedniej Umowy dodatkowej opłacanie Składki całkowitej było przejęte przez Ubezpieczyciela.
5. Wysokość składki za przedłużoną Umowę dodatkową jest obliczana zgodnie z postanowieniami art. 10 ust. 2.
6. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

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

Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Ubezpieczonemu na zasadach określonych w art. 11-14.

Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są do udzielenia, przed zawarciem Umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej, a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej Umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 30 dni od wyjścia Ubezpieczonego ze Szpitala. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.

Art. 10 Składka za Umowę dodatkową

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze Składką za Umowę główną.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczający nie może zmienić wariantu Umowy dodatkowej oraz wysokości Składki za Umowę dodatkową.
4. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 11 Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu

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

Wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu zależy od Sumy ubezpieczenia oraz tego, jak długo Ubezpieczony przebywa w szpitalu. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie przynajmniej 4 dni. Prosimy o zwrócenie uwagi, że za pierwsze 3 dni pobytu w szpitalu świadczenie nie jest wypłacane.

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu. Limit ten dotyczy wyłącznie jednego roku polisowego – w kolejnym roku polisowym liczba dni pobytu w szpitalu, za które wypłacimy świadczenie liczona jest od nowa.

Zobaczymy to na przykładzie, przy założeniu, że Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu wynosi 10 000 zł. Pan Jan Kowalski miał wypadek samochodowy i znalazł się w szpitalu, w którym spędził 11 dni. W związku z tym, że za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się czwarty dzień pobytu w szpitalu, a zatem świadczenie za pierwsze trzy dni przebywania w szpitalu nie jest wypłacane, Pan Jan otrzymał wypłatę z polisy za 8 dni pobytu w wysokości 1600 zł (8 dni x 2% Sumy ubezpieczenia, czyli 8 x 2% z 10 000 zł).

Zachęcamy do sprawdzenia definicji dnia pobytu w szpitalu w art. 1. Prosimy też o zwrócenie uwagi na dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia.

1. Świadczeniem z tytułu Pobytu w Szpitalu jest wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi 2% Sumy ubezpieczenia właściwej dla wariantu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za Pobyt w Szpitalu, który wliczając dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala trwał nie mniej niż 4 kolejne dni, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Świadczenie za pierwsze 3 dni Pobytu w Szpitalu nie jest wypłacane.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za maksymalnie 90 dni Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce w ciągu jednego roku polisowego.
6. Przeniesienie Ubezpieczonego do innego Szpitala w wykonaniu zalecenia uprawnionego Lekarza lub Lekarzy lub czasowa nieobecność Ubezpieczonego w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

7. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności Ubezpieczonego w Szpitalu.
8. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu trwa, co najmniej 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia. Po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem, że Pobyt w Szpitalu trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za kolejne co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu.

świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeśli w ciągu jednego dnia Pobytu w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operacją należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.

3. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji, które miały miejsce w ciągu tego samego roku polisowego nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla wariantu Umowy dodatkowej.

Art. 12 Świadczenie z tytułu Operacji

Jak obliczane jest świadczenie z tytułu operacji?

Wysokość świadczenia wypłacanego w przypadku operacji Ubezpieczonego zależy od wysokości Sumy ubezpieczenia oraz kategorii tej operacji. Wszystkie operacje objęte ubezpieczeniem oraz ich kategorie zawiera tabela stanowiąca załącznik do Warunków. Wpłaty z tytułu operacji są ograniczone limitem i jest to 100% Sumy ubezpieczenia. Podobnie jak w przypadku pobytu w szpitalu limit ten dotyczy jednego roku polisowego.

Zobaczmy to na przykładzie.

Pan Jan Kowalski miał wypadek samochodowy i znalazł się w szpitalu, gdzie przeszedł operację nastawienia kości udowej ze stabilizacją płytką i śrubami (operacja kategorii III wskazana w załączniku do OWU; przysługujące świadczenie to 50% Sumy ubezpieczenia). Pan Jan posiadał ubezpieczenie w III wariantcie, tj. z Sumą ubezpieczenia 10 000 zł, wypłaciliśmy świadczenie w wysokości 5000 zł (czyli 50% x 10 000 zł)

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu Operacji jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia właściwej dla wariantu Umowy dodatkowej, odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

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

* kategoria najwyższa – „1”

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

2. Jeżeli nie później niż 30 dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji, oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem, zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem, Ubezpieczyciel wypłaci

Art. 13 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób wypłaty świadczeń

1. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia jest wniosek o wypłatę świadczenia wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia:
 - kartą informacyjną leczenia szpitalnego (kartą wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał;
 - dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań;
 - dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej;
 - notatką urzędową z policji lub innymi dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeśli Pobyt w Szpitalu lub Operacja spowodowane były Nieszczęśliwym Wypadkiem;
 - opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
2. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 1 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, Szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca

- wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
3. W przypadkach, w których Pobyt w Szpitalu lub Operacja miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie Pobytu w Szpitalu lub Operacji uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej.
 5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 14 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Kiedy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności?

W przypadku ubezpieczenia związanego z pobytem w szpitalu i operacji istnieją sytuacje, kiedy nie wypłacimy świadczenia i na które pragniemy zwrócić uwagę.

W przypadku pobytu w szpitalu prosimy o zwrócenie uwagi na minimalny okres nieprzerwanego pobytu w szpitalu, który nie może być krótszy niż 4 dni (za pobyt w szpitalu 3 dniowy lub krótszy świadczenie nie zostanie wypłacone).

W przypadku operacji zwracamy szczególną uwagę na to, że świadczenie jest wypłacane wyłącznie za operacje wymienione w załączniku do Warunków. Za inne operacje lub zabiegi, które nie są operacjami wymienionymi w Warunkach świadczenie nie zostanie wypłacone.

Przyjrzyjmy się temu na przykładzie: Jan Kowalski miał wypadek i złamał nogę. Jej leczenie będzie wymagało wizyty w szpitalu, zrobienia zdjęć RTG, założenia przez chirurga gipsu. Pomimo dużego złamania, sytuacja nie wymagała przeprowadzenia operacji chirurgicznej w znieczuleniu. Ze względu na brak konieczności przeprowadzenia operacji, która jest przedmiotem ubezpieczenia, nie wypłacimy świadczenia w związku ze złamaniem.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki całkowitej w terminie 30 dni począwszy od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. 30-dniowego terminu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja lub Pobyt w Szpitalu zostały spowodowane lub były następstwem następujących zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:
 - a) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zeza),
 - b) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększania i pomniejszania piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - c) leczenia lub operacji związanych z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją,
 - d) kontynuacji leczenia następstw Nieszczęśliwych Wypadków lub Chorób (włączając leczenie chorób i wad wrodzonych wraz z ich następstwami),

rozpoczętego przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,

- e) chorób, które były rozpoznane przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,
 - f) świadomego pozostawiania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - h) Choroby psychicznej, Choroby przewlekłej,
 - i) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS,
 - j) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - k) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - l) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - m) 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 polskiego prawa,
 - n) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej:
- a) przyczyna (np. Choroba) późniejszej Operacji lub Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego była zdiagnozowana lub leczona przez Lekarza;
 - b) Lekarz zalecił Ubezpieczonemu poddanie się operacji lub pobyt w Szpitalu.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W ciągu 60 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność

wyłącznie z tytułu Operacji lub Pobytu w Szpitalu spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem. Ograniczenie to nie znajduje zastosowania w razie przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 15 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcia Umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.
4. Umowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 16 Techniczna stopa procentowa

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczenia wskazanego w Warunkach. Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy dodatkowej wskazana jest na stronie Nationale-Nederlanden pod adresem www.nn.pl/techniczne-stop-y-procentowe.

Art. 17 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej

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

Art. 18 Wejście w życie Warunków

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

Anna Grzełoińska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik do Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji (HRI4)

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Operacje krwiałków śródczaszkowych

A42	Operacje krwiałka nad – i podoponowego	Kategoria IV
-----	--	--------------

Nerwy obwodowe

A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria IV
-----	---	--------------

Tarczycza

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

Grasica

B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
-----	------------------	---------------

Sutek

B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
-----	---------------------------	---------------

B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria III
-----	--------------------------------	---------------

Oczodół

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria IV
-----	---	--------------

C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
-----	--------------------------	--------------

C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
-----	--	---------------

Mięśnie oka

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria IV
-----	-------------------------------	--------------

C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
-----	-----------------------	--------------

C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV
-----	----------------------	--------------

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

Rogówka

C47	Zeszycie rogówki	Kategoria V
-----	------------------	-------------

C48	Usunięcie ciała obcego z rogówki	Kategoria V
-----	----------------------------------	-------------

Soczewka

C71	Zewnqtrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria V
-----	-------------------------------------	-------------

C72	Wewnqtrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria V
-----	-------------------------------------	-------------

Siatkówka

C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
-----	--	--------------

Ucho

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria IV
-----	---	--------------

D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria V
-----	-------------------------------------	-------------

D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria IV
-----	------------------------------------	--------------

Nos

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
-----	---------------------------	---------------

E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria IV
-----	--------------------------	--------------

E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria IV
-----	-------------------------	--------------

E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
-----	-------------------------	-------------

Krtień

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
-----	-----------------	---------------

Tchawica

E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria V
-----	-------------------------------------	-------------

Płuca

E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
-----	----------------	-------------

E55	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	Kategoria I
-----	---	-------------

Ślinianki

F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV
-----	--------------------	--------------

Żołądek

G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
-----	----------------------------	-------------

G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria IV
-----	----------------------------	--------------

Jelito czcze

G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
-----	-------------------------	---------------

G59	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	Kategoria III
-----	--	---------------

G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	Kategoria V
-----	--	-------------

Jelito kręte

G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
-----	-------------------------	---------------

G70	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	Kategoria III
-----	--	---------------

G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria V
-----	--	-------------

Wyrostek robaczkowy

H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego	Kategoria IV
-----	--------------------------------	--------------

Okrężnica

H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
-----	----------------------------------	--------------

H08	Wycięcie poprzecznicy	Kategoria II
-----	-----------------------	--------------

H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
-----	---------------------------------	--------------

H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
-----	----------------	--------------

H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria V
-----	---------------------------------	-------------

Wątroba

J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
-----	--------------------	-------------

J02	Wycięcie płata bądź segmentu wątroby	Kategoria I
-----	--------------------------------------	-------------

J03	Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	Kategoria III
-----	-----------------------------------	---------------

J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria IV
-----	----------------------------	--------------

Pęcherzyk żółciowy

J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria III
-----	--------------------------------	---------------

Trzustka

J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
-----	-----------------------------	-------------

J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
-----	-------------------------	-------------

Śledziona

J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria IV
-----	------------------------------	--------------

Serce

K01	Przeszczep serca i płuc	Kategoria I
-----	-------------------------	-------------

K02	Operacja naprawcza serca (zeszycie uszkodzenia mechanicznego mięśnia sercowego)	Kategoria I
-----	---	-------------

K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
-----	--------------------------	-------------

K40	Pomost aortalno-wieńcowy	Kategoria I
-----	--------------------------	-------------

K43	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
-----	--	-------------

K60	Wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
-----	--	---------------

K68	Drenaż osierdzia	Kategoria V
-----	------------------	-------------

Tętnica płucna

L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
-----	------------------------------------	-------------

Tętnica główna (aorta)

L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
-----	--	-------------

L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
-----	--------------------------	-------------

Tętnica biodrowa i tętnica udowa

L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej	Kategoria I
L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej	Kategoria III
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria III
L62	Otwarte operacje tętnicy udowej	Kategoria III

Inne tętnice

L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria V
-----	----------------------------------	-------------

Żyły

L85	Operacja żyłaków kończyny dolnej	Kategoria IV
-----	----------------------------------	--------------

Nerki

M01	Przeszczep nerki jako biorca	Kategoria II
M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria IV

Moczowód

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria IV
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria IV

Pęcherz moczowy

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

Gruczoł krokowy (prostata)

M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria IV
-----	-----------------------------	--------------

Narządy płciowe męskie

N01	Wycięcie moszny	Kategoria V
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III

N06	Jednostronne wycięcie jądra	Kategoria V
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria V
N26	Amputacja prącia	Kategoria III

Narządy płciowe żeńskie

P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria IV
Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q07	Wycięcie macicy drogą brzuszną	Kategoria III
Q08	Przezpochwowe wycięcie macicy	Kategoria IV
Q21	Obustronne wycięcie jajników	Kategoria III
Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III

Opłucna

T08	Drenaż opłucnej	Kategoria V
-----	-----------------	-------------

Przepona

T15	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	Kategoria III
-----	---------------------------------------	---------------

Ściana brzucha

T20	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T21	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T22	Pierwotna operacja przepukliny udowej	Kategoria III
T23	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	Kategoria III
T24	Operacja przepukliny pępkowej	Kategoria III
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III
T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria III

Ścięgna

T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria V
-----	----------------------------	-------------

Kości czaszki i twarzy

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
-----	------------------	--------------

V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria V
-----	------------------------------	-------------

V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria V
-----	-----------------------------	-------------

Kręgosłup

V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria IV
-----	---	--------------

V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria IV
-----	--	--------------

V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria IV
-----	--	--------------

V35	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria IV
-----	---	--------------

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

V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
-----	---------------------------------	--------------

V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II
-----	----------------------------------	--------------

Kości

W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria II
-----	--	--------------

W11	Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	Kategoria V
-----	--	-------------

W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
-----	---	---------------

W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
-----	--	---------------

W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
-----	--	---------------

W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
-----	---	---------------

W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
-----	---	---------------

W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne.	Kategoria III
-----	---	---------------

Operacje dotyczące wielu układów

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
-----	-----------------------------	---------------

X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
-----	-----------------------------	---------------

X07	Pourazowa amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	Kategoria III
-----	--	---------------

X08	Pourazowa amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego	Kategoria IV
-----	--	--------------

X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
-----	-----------------	--------------

X11	Amputacja palucha	Kategoria V
-----	-------------------	-------------

X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria V
-----	---	-------------

X13	Amputacja całkowita minimum 3 palców stopy	Kategoria V
-----	--	-------------

X14	Całkowita amputacja kciuka	Kategoria V
-----	----------------------------	-------------

X15	Amputacja minimum 3 palców dłoni	Kategoria V
-----	----------------------------------	-------------

Tabela limitów i opłat TLiO/TMR4/1/2015

Tabela limitów i opłat zatwierdzona przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 25/2015 z dnia 15 maja 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Terminy użyte w Tabeli limitów i opłat należy rozumieć zgodnie z zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia.

TMR4 Terminowe ubezpieczenie na życie „Ochrona +”.

Rodzaj opłaty

1.	Składki minimalne: składka za Umowę główną (w przypadku składki innej niż miesięczna - przed uwzględnieniem rabatu za częstotliwość opłacania składki całkowitej):	miesięczna	40 zł
		kwartalna	120 zł
		półroczna	240 zł
		roczna	480 zł
2.	Rabat za częstotliwość opłacania składki całkowitej:	kwartalna	1,00%
		półroczna	2,30%
		roczna	5,00%
3.	Minimalna Suma ubezpieczenia dla Umowy głównej (minimalna wysokość świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo z tytułu trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego):	50 000 zł	
4.	Minimalna Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania CIR5:	10 000 zł	
5.	Maksymalna Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania CIR5:	nie więcej niż 50% świadczenia z tytułu śmierci	
6.	Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia umów dodatkowych dotyczących poważnego zachorowania CIR0, CIR1, CIR3, CIR4, CIR5, CIR6, CU12, CD12, CI12 i CP12 ze wszystkich złożonych wniosków o ubezpieczenie:	600 000 zł	
7.	Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji: HRI4	• wariant I	2 500 zł
		• wariant II	5 000 zł
		• wariant III	10 000 zł
		Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia obejmująca umowy dodatkowe dotyczące pobytu w szpitalu lub operacji (HRI4), których przedmiotem jest zdrowie Ubezpieczonego wynosi:	10 000 zł

Skontaktuj się z nami:

Nationale-Nederlanden

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**