

Regulamin Promocji „Rozszerzenie ochrony dla Klientów NN”

REG/LDLS/1/2026

I. Organizator promocji

1. Organizatorem Promocji „Rozszerzenie ochrony dla Klientów NN” jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

II. W regulaminie używamy pojęć

1. **Choroba rzadka** to schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Według aktualnej wiedzy medycznej jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
2. **Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego** to nieprawidłowy, według wiedzy medycznej, stan organizmu, który wymaga diagnostyki lub leczenia (niewymagającego zabiegu lub operacji) realizowanych w Szpitalu na którymkolwiek z oddziałów: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii. Stan ten musi zostać potwierdzony skierowaniem na planowe Leczenie niezabiegowe, które wystawił Lekarz. Może być ono wystawione jedynie po bezskutecznej diagnostyce i leczeniu ambulatoryjnym.
3. **Leczenie niezabiegowe** to przeprowadzenie diagnostyki lub leczenia Chorób wymagających Leczenia niezabiegowego, w trybie planowym w Szpitalu, o ile wymaga to leczenia na jednym z następujących oddziałów: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii. Umowa dodatkowa obejmuje tylko taką diagnostykę i leczenie, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych.
4. **Przegląd stanu zdrowia** to Świadczenie medyczne polegające na realizacji konsultacji medycznych lub badań diagnostycznych zgodnie z punktem 19 w celu umożliwienia wykrycia choroby.
5. **Świadczenie medyczne** to usługi objęte ochroną w ramach tej Umowy dodatkowej – choroba wymagająca leczenia operacyjnego uwzględniające również Leczenie niezabiegowe i Przegląd stanu zdrowia, które zrealizujemy, gdy dojdzie do Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. **Ubezpieczony** to osoba, której zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.
7. **Umowa dodatkowa „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”** – umowa dodatkowa do ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia na życie i dożycie zawarta na rzecz Ubezpieczonego, oznaczona OWU o numerze OWU/LS12/1/2024.
8. **Umowa dodatkowa „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób”** – umowa dodatkowa do ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia na życie i dożycie zawarta na rzecz Ubezpieczonego, oznaczona OWU o numerze OWU/LD12/1/2024.
9. **Właściciel polisy** albo **Ty** – osoba, która zawarła Umowę z NationaleNederlanden i zobowiązała się do opłacania Składki.

III. Promocja

Do kogo skierowana jest promocja i w jakim okresie trwa?

1. Promocja jest skierowana do Właścicieli polis, którzy zawarli:
 - a. Umowę dodatkową „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” oznaczoną OWU o numerze OWU/LD12/1/2024 – w zakresie promocji dotyczącej rozszerzenia ochrony dla Ubezpieczonego w ramach tej Umowy dodatkowej,
 - b. Umowę dodatkową „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego” oznaczoną OWU o numerze OWU/LS12/1/2024 – w zakresie promocji dotyczącej rozszerzenia ochrony dla Ubezpieczonego w ramach tej Umowy dodatkowej.
2. Promocja rozpoczyna się od 10 lutego 2026 roku i trwa do końca Nieprzerwanego okresu ochrony Umowy dodatkowej zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego i dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach tej promocji, które wystąpiły nie wcześniej niż 1 lipca 2025 roku.

3. Jeżeli przedłużysz Umowę dodatkową na zasadach opisanych w OWU, warunki promocji opisane w tym Regulaminie będą miały zastosowanie do przedłużonej Umowy dodatkowej – w zakresie dotyczącym Umowy dodatkowej „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” lub Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”, odpowiednio do tego, w ramach której z Umów dodatkowych obejmujemy ochroną Ubezpieczonego.

Jak działa promocja?

4. W ramach promocji:
- rozszerzamy zakres ochrony świadczonej z tytułu Umowy dodatkowej „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” i Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”
 - zwiększamy zakres Świadczeń medycznych w ramach Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”.
5. Promocja nie ma wpływu na zmianę Składki za Umowę dodatkową „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” i Umowę dodatkową „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”.
6. Celem promocji jest premiowanie Właścicieli polis, aby zachęcić ich do kontynuacji odpowiednio Umowy dodatkowej „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” lub Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”.

Jak działa promocja dla Umowy dodatkowej „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób”?

7. Rozszerzenie zakresu ochrony Umowy dodatkowej „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” polega na dodaniu następujących Poważnych chorób, w ramach których świadczymy ochronę ubezpieczeniową:

Poważna choroba	
1	Przepuklina brzuszna
2	Wole tarczycy
3	Nadczynność przytarczyc
4	Żylaki kończyn dolnych
5	Guzy krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)
6	Żylaki powrózka nasiennego
7	Wrzód żołądka i jelita czczego
8	Wrzód dwunastnicy
9	Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit
10	Polip jelita grubego
11	Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC)
12	Wrzodziejące zapalenie jelita
13	Kamica żółciowa
14	Jęczmień
15	Gradówka
16	Przerost migdałków

Poważna choroba	
17	Skrzywienie przegrody nosowej
18	Przerost małżowin nosowych
19	Przewlekłe zapalenie zatok
20	Polipy nosa i zatok
21	Kamica nerki i moczowodu
22	Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej
23	Torbiele nerek
24	Torbiele ujścia moczowodu
25	Zwężenie cewki moczowej
26	Przerost gruczołu krokowego
27	Polipy żeńskich narządów rodnych
28	Wypadanie żeńskiego narządu rodnego
29	Mięśniaki
30	Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina
31	Endometrioza (Gruczolistość)
32	Przetoki żeńskich narządów rodnych
33	Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu
34	Przewlekła choroba niedokrwienności serca (choroba wieńcowa)
35	Częstoskurcz napadowy
36	Migotanie przedsionków
37	Zmiany nowotworowe trzonu macicy
38	Zmiany nowotworowe jajnika
39	Zmiany nowotworowe szyjki macicy
40	Zmiany nowotworowe piersi (sutka)
41	Zmiany nowotworowe jelita grubego
42	Zmiany nowotworowe gruczołu krokowego
43	Zmiany nowotworowe nerki (bez miedniczki nerkowej)

Poważna choroba	
44	Zmiany nowotworowe miedniczki nerkowej
45	Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego
46	Zmiany nowotworowe żołądka
47	Rak podstawnokomórkowy skóry

8. Umowa dodatkowa „Diagnostyka w kierunku poważnych chorób” w zakresie podejrzenia wystąpienia Poważnej choroby wymienionej w punkcie 7 zostanie zrealizowana zgodnie z postanowieniami OWU nr OWU/LD12/1/2024.

Jak działa promocja dla Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”?

ROZSZERZONY ZAKRES OCHRONY

9. Rozszerzenie zakresu ochrony Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego” polega na dodaniu następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:
- Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego,
 - Niewystąpienie u Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy Nieprzerwanego okresu ochrony Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego ani Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego uprawniające do skorzystania z Przeglądu stanu zdrowia.
10. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które wystąpiło w Nieprzerwanym okresie ochrony. Dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień, w którym Lekarz wystawił skierowanie na Leczenie niezabiegowe w związku ze zdiagnozowaną u Ubezpieczonego Chorobą wymagającą Leczenia niezabiegowego lub podejrzeniem wystąpienia u Ubezpieczonego takiej choroby. W przypadku Zdarzenia wskazanego w punkcie 9b dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień, w którym został spełniony warunek opisany w tym punkcie.

ŚWIADCZENIA Z ROZSZERZONEGO ZAKRESU OCHRONY

11. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły u Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 90 dni Nieprzerwanego okresu ochrony, wypłacimy mu jednorazowe świadczenie pieniężne. Świadczenie to równe jest sumie składek za Umowę dodatkową, które opłaciłeś do dnia wystawienia Leczenia niezabiegowe. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy Umowa dodatkowa została przedłużona.
12. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły po 90. dniu Nieprzerwanego okresu ochrony zapewniamy Ubezpieczonemu:
- Leczenie niezabiegowe, które będzie udzielane w Szpitalu na oddziale: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii,
 - rehabilitację w postaci drenażu limfatycznego po Leczeniu operacyjnym zgodnie z pkt 14 poniżej,
 - Przegląd stanu zdrowia realizowany w Przychodniach zgodnie z zakresem opisanym punkcie 19 poniżej w razie niewystąpienia w okresie 24 miesięcy Nieprzerwanego okresu ochrony Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego ani Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego.
13. Leczenie niezabiegowe obejmuje pobyt Ubezpieczonego:
- na którymkolwiek z oddziałów szpitalnych: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii oraz
 - dotyczy przeprowadzenia diagnostyki i leczenia Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego w warunkach szpitalnych uzasadnionych wskazaniami medycznymi, oraz
 - odbywa się w terminie ustalonym przez KOS z Ubezpieczonym i Szpitalem.
14. Rehabilitacja w postaci drenażu limfatycznego po Leczeniu operacyjnym obejmuje:
- niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze Szpitala,
 - badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów ww. rehabilitacji,
 - wizytę lekarską, która podsumowuje okres ww. rehabilitacji,
- Szczegółowy zakres rehabilitacji określa Lekarz, który prowadził Leczenie operacyjne. Zakres ten musi być określony przed końcem pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez KOS.

15. Zapewnimy Ubezpieczonemu diagnostykę i konsultacje medyczne przed Leczeniem niezabiegowym, które są niezbędne do tego, aby:
- określić konieczność przeprowadzenia u niego Leczenia niezabiegowego, jego typu, metody i zakresu zabiegu,
 - zakwalifikować go do Leczenia niezabiegowego,
 - określić termin Leczenia niezabiegowego,
 - opracować plan leczenia.
- Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określi Lekarz prowadzący Leczenie niezabiegowe w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do tego leczenia.
16. W ramach opieki medycznej po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym w okresie do 60 dni od daty wypisu ze Szpitala zapewniamy Ubezpieczonemu:
- do 8 wizyt kontrolnych w Szpitalu lub Przychodni, które wskaże Ubezpieczonemu KOS. Wizyty kontrolne mają na celu monitorowanie efektów przeprowadzonego Leczenia niezabiegowego, zabiegu lub operacji i procesu powrotu do zdrowia.
 - niezbędne badania diagnostyczne, które wynikają ze wskazań medycznych. Muszą być one związane z wykonanym u Ubezpieczonego leczeniem, zabiegiem lub operacją. Jednocześnie muszą one zostać zlecone przez Lekarza w Szpitalu lub w trakcie wizyt kontrolnych, które opisaliśmy w pkt. a.
17. KOS zapewni wsparcie Ubezpieczonemu w ramach korzystania z Leczenia niezabiegowego w takim samym zakresie i na takich samych zasadach, jak w przypadku Leczenia operacyjnego. Zakres usług realizowanych przez KOS został opisany w OWU.
18. Po każdym 24 miesięcznym okresie Nieprzerwanego okresu ochrony, w którym u Ubezpieczonego nie wystąpiła Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego ani Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego, nabywa on prawo do Świadczenia medycznego, jakim jest Przejście stanu zdrowia. Po skorzystaniu z tego Świadczenia medycznego Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnego świadczenia tego typu po upływie 24 miesięcy od realizacji Przejścia stanu zdrowia, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe opisane w punkcie 9b sekcji *Jak działa promocja dla Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”*?
19. Zakres konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych w ramach Przejścia stanu zdrowia:

Kobiety	Mężczyźni
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego	Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja ginekologiczna	Konsultacja urologiczna
Konsultacja okulistyczna	Konsultacja okulistyczna
Badania laboratoryjne: <ul style="list-style-type: none"> Mocz – badanie ogólne Krew utajona w kale / F.O.B. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny OB / ESR Glukoza na czczo TSH / hTSH Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) Transaminaza GPT / ALT Standardowa cytologia szyjki macicy (nie obejmuje cytologii płynnej) 	Badania laboratoryjne: <ul style="list-style-type: none"> Mocz – badanie ogólne Krew utajona w kale / F.O.B. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny OB / ESR Glukoza na czczo TSH / hTSH Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) Transaminaza GPT / ALT PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
Badania obrazowe: <ul style="list-style-type: none"> RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych USG jamy brzusznej USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne USG piersi lub mammografia – w zależności od wskazań lekarskich 	Badania obrazowe: <ul style="list-style-type: none"> RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych USG jamy brzusznej USG gruczołu krokowego USG jąder

Kobiety	Mężczyźni
Badania czynnościowe: <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe 	Badania czynnościowe: <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe
Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program	Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

20. Przegląd stanu zdrowia rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).
21. Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach, której Ubezpieczony uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.
22. Świadczenia medyczne są udzielane na terenie Polski w Szpitalach lub Przychodniach, które wskazał KOS lub LUX MED, z tym że Przegląd stanu zdrowia realizowany jest wyłącznie w Przychodniach. Pełna lista Szpitali oraz Przychodni, w których realizowane są Świadczenia medyczne, znajduje się na naszej stronie internetowej.
23. W przypadku gdy Ubezpieczony zrezygnuje z realizacji Świadczenia medycznego, nie przysługuje mu świadczenie pieniężne, które będzie stanowiło równowartość tego świadczenia.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

24. Aby skorzystać z Leczenia niezabiegowego lub Przeglądu stanu zdrowia Ubezpieczony powinien zawiadomić nas o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Może to zrobić w taki sam sposób, jak w przypadku zgłoszenia Leczenia operacyjnego opisanego w OWU.
25. Decyzję dotyczącą naszej odpowiedzialności w tym zakresie Przeglądu stanu zdrowia podejmiemy w oparciu o zgłoszone do nas wnioski o realizację Świadczenia medycznego z zakresu Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego z okresu 24 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
26. Decyzję dotyczącą naszej odpowiedzialności, która dotyczy Leczenia niezabiegowego podejmiemy w oparciu o dokumenty medyczne z diagnostyki i/lub leczenia choroby Ubezpieczonego.
27. Do realizacji Świadczenia medycznego w postaci Leczenia niezabiegowego będziemy potrzebowali też:
 - a) Kopii skierowania do szpitala, które wystawił Lekarz. W celu prawidłowej realizacji Świadczenia medycznego skierowanie powinno być wystawione w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku.
 - b) Kopii posiadanych dokumentów medycznych z wizyty lekarskiej, podczas której Lekarz wystawił skierowanie.
 - c) Kopii dokumentów medycznych z pierwszej wizyty, podczas której Lekarz stwierdził objawy choroby, objętej zakresem ochrony tej Umowy dodatkowej.
 - d) Dokumentację potwierdzającą przebieg procesu leczenia i diagnostyki, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych zakończonym wystawieniem skierowania do Szpitala.
28. Jeśli nie będziemy mogli podjąć decyzji co do realizacji Świadczenia medycznego na podstawie dokumentów, które dostaliśmy od Ubezpieczonego, możemy wystąpić o informacje medyczne związane z chorobą do podmiotu leczniczego, który wystawił skierowanie na Leczenie niezabiegowe lub prowadził jej diagnostykę.
29. W sytuacji gdy z przyczyn, które leżą po stronie LMG, podmiot ten nie będzie w stanie zrealizować Świadczenia medycznego w terminie określonym w Art. 6 OWU, to LMG zaproponuje Ubezpieczonemu zwrot kosztów Leczenia niezabiegowego zrealizowanego w placówce innej niż wskazana przez KOS. Leczenie to i jego koszty powinny być wcześniej uzgodnione z LMG. LMG zwróci koszty na podstawie cen rynkowych i przedstawionych przez Ubezpieczonego rachunków wykonanego Leczenia niezabiegowego.
30. W przypadku przeciwskażeń medycznych do realizacji Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego lekarz Szpitala lub Przychodni może odroczyć jego wykonanie do czasu usunięcia lub zaprzestania działania tych przeciwskażeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

31. Leczenie niezabiegowe nie obejmuje:
 - a) diagnostyki i leczenia następstw udarów,
 - b) leczenia chorób hematologicznych oraz ich następstw,
 - c) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw,
 - d) diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw,
 - e) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z nieprawidłowościami w strukturze i liczbie chromosomów (aberracjami chromosomalnymi) oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw,

- f) diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw,
 - g) diagnozowania i leczenia z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetycznej, a także leczenia ich niepożądanych następstw, za wyjątkiem zdarzeń opisanych w Załączniku nr 1 do OWU,
 - h) przewlekłego leczenia nerkozastępczego,
 - i) diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych,
 - j) programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych,
 - k) terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego,
 - l) usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych,
 - m) planowanego zastosowania innowacyjnej terapii farmakologicznej chorób przewlekłych,
 - n) leczenia, w tym również następstw: schorzeń lub urazów w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych, ostrych,
 - o) wszczęcia protez lub implantów,
 - p) leczenia w oddziałach psychiatrycznych i leczenia, które wynika ze wskazań natury psychologicznej,
 - q) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków, które nie są związane z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas,
 - r) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń, które są następstwem tych zakażeń.
32. Rehabilitacja w postaci drenażu limfatycznego nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych, które wynikają ze wskazań innych niż następstwa Leczenia operacyjnego zrealizowanego w ramach Umowy dodatkowej „Choroba wymagająca leczenia operacyjnego”.
33. Nie zrealizujemy Leczenia niezabiegowego, rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego, Przeglądu stanu zdrowia lub opieki medycznej po Leczeniu niezabiegowym wykonanych w innych placówkach niż wskazane przez KOS lub Lux Med, jeżeli nie było to uzgodnione z LMG zgodnie z punktem 29.
34. Nasza odpowiedzialność w zakresie Leczenia niezabiegowego nie obejmuje:
- a) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - b) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - c) świadczeń, które zostały zorganizowane samodzielnie przed zgłoszeniem Zdarzenia ubezpieczeniowego do nas lub były w trakcie oczekiwania na decyzję;
 - d) leczenia, które ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonego w dniu przyjęcia do Szpitala lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy Szpitali, o której piszemy w punkcie 22.
35. Nie zrealizujemy badań i konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Leczeniem niezabiegowym, które są:
- a) zlecone przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez KOS,
 - b) postawieniem diagnozy – identyfikacją choroby lub stanu zdrowotnego Ubezpieczonego na podstawie zgromadzonych danych, za wyjątkiem tych, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych w przypadku Leczenia niezabiegowego,
 - c) monitorowaniem leczenia – regularnym obserwowaniem i oceną stanu zdrowia Ubezpieczonego podczas trwania terapii,
 - d) poradnictwem ogólnomedycznym – udzieleniem porad przez lekarzy, które dotyczą szerokiego zakresu problemów zdrowotnych,
 - e) wydaniem drugiej opinii medycznej – dodatkową oceną stanu zdrowia Ubezpieczonego od innego lekarza niż ten, który postawił pierwotną diagnozę lub zaproponował leczenie.
36. Zwrot kosztów, o którym piszemy w punkcie 29 nie obejmuje kosztów produktów lub usług dodatkowych, które:
- a) nie są związane z Leczeniem niezabiegowym,
 - b) nie są konieczne do leczenia Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego z medycznego punktu widzenia lub
 - c) są realizowane na życzenie Ubezpieczonego.

Zwrotem kosztów nie obejmujemy:

- a) opieki ordynatora czy kierownika oddziału lub innego personelu medycznego na życzenie Ubezpieczonego,
- b) niestandardowych warunków pobytu lub żywienia w danej placówce medycznej.

IV. Reklamacje

Jak można zgłosić reklamację?

1. Reklamację dotyczącą Promocji można nam zgłosić w wybrany sposób:
 - a) na piśmie:
 - w postaci papierowej – listownie na nasz adres ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie;
 - w postaci elektronicznej – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.nn.pl albo na adres e-mail: reklamacja@nn.pl albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20;
 - b) ustnie:
 - telefonicznie pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie.
2. Odpowiedzi na reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe i nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania reklamacji.
3. Jeżeli rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni nie będzie możliwe, poinformujemy o tym, jaka jest przyczyna opóźnienia, czego potrzebujemy do rozpatrzenia reklamacji oraz wskażemy nowy termin jej rozpatrzenia. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. Odpowiedzi na reklamację udzielamy na piśmie:
 - a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - b) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego reklamację – w przypadku, gdy reklamacja została złożona ustnie.
5. W przypadku złożenia reklamacji w postaci elektronicznej udzielamy odpowiedzi:
 - a) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, albo innego wskazanego przez zgłaszającego reklamację środka komunikacji elektronicznej;
 - b) na adres zgłaszającego reklamację do doręczeń elektronicznych w przypadku, gdy reklamacja została wysłana na ww. adres do doręczeń elektronicznych.

V. Postanowienia końcowe

1. Regulamin Promocji dostępny jest na stronie <https://www.nn.pl/dla-ciebie/strefa-klienta/dokumenty> oraz w Moje NN w zakładce Dokumenty.
2. Regulamin zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 14/2026 z dnia 10 lutego 2026 r., wchodzi w życie z dniem 13 lutego 2026 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Magdalena Macko-Gizińska
Członek Zarządu