



„Ochrona jutra”

Ogólne warunki ubezpieczenia ochronnego
OWU/TUL1/1/2022

Spis treści

Ubezpieczenie na życie „Ochrona jutra” w skrócie.....	3	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/AD12/1/2016.....	172
Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Ochrona jutra”	8	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego nr OWU/AT12/1/2016.....	175
Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie.....	16	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – przejście opłacania składek nr OWU/WP12/1/2016.....	178
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku nr OWU/HB12/1/2020.....	19	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy nr OWU/MW12/1/2017	181
Załącznik – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015 do Umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku.....	23	Jak wypłacane są pieniądze?	185
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku nr OWU/CN12/1/2016	29	„Ochrona jutra” Tabela limitów i opłat TLiO/TUL1/2/2022.....	186
Załącznik – Procedury medyczne po wypadku nr 1/2015.....	33		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby nr OWU/HD12/1/2020.....	39		
Załącznik – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.....	43		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY12/1/2019.....	53		
Jak czytać tabelę dotyczącą wypłat	61		
Załącznik do Warunków umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów	63		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” nr OWU/ONA4/1/2019.....	65		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” nr OWU/ON14/1/2019	71		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – poważne zachorowania dziecka nr OWU/CR12/2/2016.....	77		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CB12/1/2022.....	82		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/PD12/1/2016.....	96		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy nr OWU/TP12/1/2016	101		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała nr OWU/AB12/1/2020.....	105		
Tabela Uszczerbków na zdrowiu nr 1/2015.....	109		
Tabela Złamań i Zwichnięć nr 1/2015.....	164		
Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka nr OWU/AC12/1/2018.....	166		
Załącznik nr 1 – Tabela Uszkodzeń ciała dziecka nr 1/2016	169		

Ubezpieczenie na życie „Ochrona jutra” w skrócie

Atrakcyjne rozwiązanie dla tych, którzy szukają skutecznego sposobu na zabezpieczenie życia i zdrowia swojego oraz swoich najbliższych.

Jakie są główne korzyści z ubezpieczenia?

Wszechstronnie Cię chroni

To oferta, która daje Ci dostęp do szeregu Umów dodatkowych o różnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

Zmienia się razem z Tobą

Polisę możesz dopasowywać do aktualnych potrzeb i preferencji, np. rozszerzając zakres ochrony o kolejne Umowy dodatkowe.

Daje Ci więcej za mniej

Dzięki atrakcyjnemu systemowi zniżek, np. za pakiet umów, za częstotliwość opłacania składek lub metodę płatności.

Jest dla Ciebie i Twoich bliskich

W ramach jednej polisy możesz ubezpieczyć do 10 osób.

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

Zapewniamy ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, 24 godziny na dobę. Umowę podstawową zawieramy na minimum 10 lat. Okresy ubezpieczenia dla Umów dodatkowych są krótsze. Wskazujemy je w Ogólnych warunkach ubezpieczenia tych umów.

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

W przypadku śmierci osoby ubezpieczonej wypłacimy Świadczenie równe wybranej przez Ciebie Sumie ubezpieczenia. Inne świadczenia będą zależały od tego, jakie Umowy dodatkowe i Sumy ubezpieczenia wybierzesz.

Jakie dokumenty są potrzebne, żeby dostać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie potrzebne informacje na ten temat znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy podstawowej i Umów dodatkowych. Jeśli posiadane przez Ciebie dokumenty będą w języku obcym, uprzejmie prosimy o ich przetłumaczenie na język polski zanim je do nas dostarczysz. Dzięki temu będziemy mogli szybciej rozpatrzyć zgłoszenie i wypłacić należne Pieniądze z ubezpieczenia.

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

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

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



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

Jakie zmiany mogę zrobić na mojej polisie?

W czasie trwania Umowy można zmienić:

- częstotliwość opłacania Składki,
- metodę opłacania Składki,
- wysokość Składki, z zachowaniem limitów minimalnej Składki,
- Sumy ubezpieczenia, z zachowaniem obowiązujących limitów,
- Właściciela polisy – oznacza to, że inna osoba przejmie Twoje prawa i obowiązki z tytułu Umowy, w tym przede wszystkim obowiązek opłacania Składki,
- osoby uposażone – jeśli jesteś także osobą ubezpieczoną.

Zmieniać możesz również zakres ochrony w swoim ubezpieczeniu – dzięki możliwości wyboru różnych Umów dodatkowych, zgodnie z Twoimi potrzebami i sytuacją życiową. Jeśli Twoja rodzina się powiększy, to dziecko także będzie mogło zostać objęte ochroną ubezpieczeniową, po ukończeniu przez nie pierwszego roku życia.

Jakie zniżki mogę dostać?

W ramach tego ubezpieczenia przewidujemy atrakcyjny system zniżek (rabatów), w tym:

- za częstotliwość opłacania Składki – dla płatności częstszych niż miesięczne,
- za opłacanie Składki metodą polecenia zapłaty,
- za kolejnego Ubezpieczonego – jeśli ochroną ubezpieczeniową objęte są co najmniej 2 osoby,
- za pakiet – jeśli wybierzesz z aktualnej oferty Nationale-Nederlanden określony pakiet Umów dodatkowych, ze wskazanymi Sumami ubezpieczenia,

- za ostrożność – dla pakietu zawierającego Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała, jeśli w czasie trwania tego pakietu nie dojdzie do wypadku skutkującego wypłatą pieniędzy z tytułu tej umowy,

Na czym polega indeksacja?

Co roku listownie zaproponujemy Ci indeksację (podwyższenie) Sum ubezpieczenia o min. 3%. Indeksacja to standardowy mechanizm wykorzystywany przez towarzystwa ubezpieczeniowe, który ma na celu urealnienie Sum ubezpieczenia i zabezpieczenie przed spadkiem wartości pieniądza w czasie. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli chcesz skorzystać z indeksacji, wystarczy, że wpłacisz nową, proponowaną przez nas Składkę. Jeśli jednak będziesz chciał z niej zrezygnować, możesz zadzwonić do nas pod numer 801 20 30 40. Pamiętaj, jeśli nas o tym nie poinformujesz, będziemy oczekiwać wpłaty Składki podwyższonej, czyli po indeksacji.

Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Tak. Niezależnie od powodu możesz odstąpić od Umowy w terminie 30 dni od dnia otrzymania polisy. W przypadku przedsiębiorców ten termin jest krótszy i wynosi 7 dni. W takim przypadku otrzymasz zwrot wpłaconej Składki. Po tym czasie, w każdym momencie możesz zrezygnować z ubezpieczenia, wówczas zwrócimy Ci Składkę za okres, w którym nie udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Czy można kontynuować umowę po śmierci właściciela polisy?

Tak, jest taka możliwość. Ważne, aby Ubezpieczony lub inne osoby (np. spadkobiercy) zgłosiły się do nas w ciągu 30 dni po śmierci Właściciela polisy i wspólnie ustalimy zasady kontynuacji Umowy. Nie ma takiej możliwości, jeśli Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym, i nie ma innych osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z umowy?

Kwoty otrzymane z tytułu Umowy przez osoby fizyczne są zwolnione od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. W przypadku przedsiębiorców – osób prawnych, kwoty otrzymane z tytułu Umowy podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia?

Ogólne warunki ubezpieczenia zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej Umowy, a w szczególności na ich podstawie będą dokonywane wszelkie zmiany w czasie trwania Umowy i wypłaty. Dokument ten został tak przygotowany, by łatwo można było odszukać interesujący Cię fragment, np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w jakim zakresie, jak długo trwa Umowa, komu i jakie kwoty wypłacimy. Niektóre słowa i zwroty piszemy z wielkiej litery. Wyjaśnienie ich znaczenia znajdziesz w słowniczku z definicjami.

Jaką korespondencję będę otrzymywać od Nationale-Nederlanden?

Pierwszym dokumentem, jaki otrzymasz po zawarciu Umowy ubezpieczenia będzie polisa. Co roku, w związku z kolejnymi rocznicami rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będziesz otrzymywać dokument zawierający najważniejsze informacje o ubezpieczeniu.

Dlaczego prosicie o mój numer telefonu komórkowego i adres e-mail?

Prosimy o podanie i aktualizowanie tych danych w czasie trwania Umowy, ponieważ dzięki temu możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące Umowy, gdy zajdzie taka potrzeba, np. w przypadku wątpliwości, jak mamy rozumieć złożoną przez Ciebie dyspozycję lub gdy Twoja Składka nie wpłynie w terminie. Na Twój numer telefonu prześlemy również sms z hasłem do usługi n-serwis, jeśli będziesz chciał uzyskać do niego dostęp. Jest to elektroniczny portal dla Klientów Nationale-Nederlanden, w którym można w prosty i wygodny sposób sprawdzić szczegóły zawartych umów oraz zmienić dane kontaktowe.

Jak mogę uzyskać dostęp do n-serwisu?

Aby uzyskać dostęp do n-serwisu należy:

- wypełnić wniosek internetowy na www.nn.pl sekcja Strefa Klienta lub
- zadzwonić do nas pod numer 801 20 30 40 lub 22 522 71 24.

Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania reklamacji?

Jako Nationale-Nederlanden dochowujemy wszelkich starań, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. W przypadku zastrzeżeń dotyczących naszych usług możesz zwrócić się do nas: osobiście w Biurze Obsługi Klienta w naszej siedzibie, listownie, telefonicznie, lub poprzez formularz na stronie internetowej www.nn.pl.

Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

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

Jak mogę się z wami skontaktować?

Zachęcamy do zarządzania polisą on-line poprzez usługę internetową n-serwis dostępną pod adresem www.nserwis.nn.pl. Wystarczy, że założysz konto, a Twoja polisa będzie dostępna przez Internet 24 godzin na dobę. Przygotowaliśmy też formularze, z których w razie potrzeby możesz korzystać w czasie trwania Twojego ubezpieczenia. Znajdziesz je na stronie internetowej www.nn.pl.



W razie dodatkowych pytań, zawsze możesz do nas zadzwonić lub napisać:

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40; 22 522 71 24
(dostępne w godzinach 9.00 – 20.00 od poniedziałku do piątku)

e-mail: info@nn.pl

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „Ochrona Jutra” nr OWU/TUL1/1/2022 (OWU)
Tabeli limitów i opłat nr TLiO/TUL1/2/2022 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU, TLiO i OF	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 13 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 13, Art. 15 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Ochrona jutra”

nr OWU/TUL1/1/2022

Ty – jako Właściciel polisy – zawierasz z nami Umowę i zobowiązujesz się do opłacania Składki. Umowę możesz zawrzeć na swoją rzecz, i wówczas będziesz również Ubezpieczonym, ale możesz też wskazać inne osoby, które zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy.

W treści Warunków zwracamy się bezpośrednio do Ciebie. Chcemy w ten sposób ułatwić komunikację między nami.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Nationale-Nederlanden”** albo **„my”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, kod pocztowy 00-342.
2. **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowy podstawowe łącznie z Umowami dodatkowymi; Umowa ubezpieczenia zwana jest dalej Umową.
3. **„Umowa podstawowa”** – umowa ubezpieczenia na życie dla każdego Ubezpieczonego.
4. **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową.
5. **„Właściciel polisy”** albo **„Ty”** – osoba, która zawarła Umowę z Nationale-Nederlanden i zobowiązała się do opłacania Składki.
6. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej; Ubezpieczony może być także objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej; Ty również możesz być Ubezpieczonym.
7. **Ubezpieczony główny** – Ubezpieczony, na rzecz którego może zostać zawarta Umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi lub Umowa dodatkowa o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego lub Umowa dodatkowa o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego; Ty również możesz być Ubezpieczonym głównym.
8. **„Świadczenie”** albo **„Pieniądże”** – kwota wypłacana przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach.
9. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wypłacana w przypadku śmierci Ubezpieczonego; Suma ubezpieczenia jest Świadczeniem.
10. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostaną wypłacone Pieniądże w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
11. **„Dokument ubezpieczenia”** – polisa potwierdzająca zawarcie Umowy oraz dokument wystawiony przez Nationale-Nederlanden w czasie jej trwania potwierdzający istotne postanowienia Umowy.
12. **„Miesiąc polisowy”** – okres rozpoczynający się tego samego dnia każdego kolejnego miesiąca. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w polisie. Jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to Miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca (np. jeśli dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypada 31 stycznia, to kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się ostatniego dnia lutego).
13. **„Rok polisowy”** – pierwsze 12 Miesięcy polisowych liczone od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie kolejne 12-miesięczne okresy.
14. **„Wiek Ubezpieczonego”** – wiek obliczany w każdą rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w następujący sposób: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, powiększona o liczbę pełnych Lat polisowych, jakie upłynęły od tego dnia.
15. **„Składka ochronna”** – suma składki za Umowę podstawową oraz składek za Umowy dodatkowe, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności Nationale-Nederlanden.
16. **„Składka”** – suma Składki ochronnej, oraz pozostałych składek za Umowę dodatkową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Umowę dodatkową o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego, Umowę dodatkową o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego, regularnie wpłacanych przez Właściciela polisy z tytułu Umowy na rachunek bankowy wskazany przez Nationale-Nederlanden, w uzgodnionej wysokości i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
17. **„Dzień rejestracji wpłaty”** – nie później niż 2. Dzień roboczy od wpływu środków na właściwy rachunek bankowy Nationale-Nederlanden. Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem TUL1, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie nr OWU/TUL1/1/2022, zwanych dalej Warunkami. Ty – jako Właściciel polisy – zawierasz z nami Umowę i zobowiązujesz się do opłacania Składki. Umowę możesz zawrzeć na swoją rzecz, i wówczas będziesz również Ubezpieczonym, ale możesz też wskazać inne osoby, które zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. W treści Warunków zwracamy się bezpośrednio do Ciebie. Chcemy w ten sposób ułatwić komunikację między nami.
18. **„Dzień roboczy”** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.

19. **„Tabela limitów i opłat”** – dokument zawierający stawki opłat, rabaty (zniżki), limity i wskaźniki stosowane w Umowie. Dokument ten stanowi integralną część Umowy i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
20. **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
21. **„Przedstawiciel”** – osoba wykonująca czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie Agenta Ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam Agent Ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
22. **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
23. **„Beneficjent rzeczywisty”** – beneficjent rzeczywisty zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018 poz. 723 z późn. zm.), to jest typowo każda osoba fizyczna sprawującą bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad Właścicielem polisy poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez Właściciela polisy.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy podstawowej i w jakim zakresie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Ubezpieczamy życie Ubezpieczonego i w przypadku jego śmierci wypłacimy Pieniądże Uposażonym lub innym osobom uprawnionym.

Art. 3 Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa i gdzie działa ubezpieczenie?

1. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej oraz dzień zakończenia Umowy i dzień zakończenia Umowy dodatkowej wskazane są w polisie lub innym Dokumentie ubezpieczenia.
2. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę, na całym świecie.
3. W przypadku zawarcia Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem wskazanym w Dokumentie ubezpieczenia.

Art. 4 W jaki sposób jest zawierana Umowa?

1. Umowa zawierana jest na podstawie Twojego wniosku, po akceptacji przez Nationale-Nederlanden i po opłaceniu przez Ciebie pierwszej Składki.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową albo w czasie trwania Umowy jako dokupienie.
3. Warunkiem dokupienia jest zaakceptowanie Twojego wniosku przez Nationale-Nederlanden.
4. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
5. Przed zawarciem Umowy lub dokupieniem możemy zwrócić się do Ciebie lub osoby, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową z prośbą o:
 - a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
 - b) poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
 - c) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej.
6. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ciebie i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy lub Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo odmówimy jej zawarcia.
7. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta pod warunkiem, że: Właściciel polisy, Ubezpieczony, osoby działające w ich imieniu lub ich reprezentujące, Beneficjenci rzeczywisti Właściciela polisy nie znajdują się na jakiegokolwiek liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że Właściciel polisy, Ubezpieczony, osoby działające w ich imieniu lub ich reprezentujące, Beneficjenci rzeczywisti Właściciela polisy znajdują się na liście sankcyjnej, Nationale-Nederlanden poinformuje w ciągu 10 dni od wystawienia polisy o tym, że umowa nie została zawarta a wystawiona polisa jest nieważna. W przypadku, gdy Właściciel polisy, Ubezpieczony, osoby działające w ich imieniu lub ich reprezentujące, Beneficjenci rzeczywisti Właściciela polisy nie występują na listach sankcyjnych umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia wystawienia polisy
8. Dyspozycje Właściciela polisy dotyczące zmiany Właściciela polisy lub objęcia ochroną ubezpieczeniową nowego Ubezpieczonego realizowane są pod warunkiem, że nowy Właściciel polisy, Ubezpieczony, osoby działające w ich imieniu lub ich reprezentujące, Beneficjenci rzeczywisti Właściciela polisy lub Ubezpieczonego nie znajdują się na listach sankcyjnych. W przypadku zidentyfikowania, że któraś z osób wymienionych w zdaniu poprzednim znajdują się na liście sankcyjnej, Nationale-Nederlanden poinformuje w ciągu 10 dni od dnia zrealizowania dyspozycji Właściciela polisy o braku jej skuteczności.

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

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

Art. 6 Jak długo trwa Umowa?

1. Umowa podstawowa zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
2. Umowa wygasa:
 - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - b) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego głównego; Umowa nie wygasa, jeżeli wskazałeś innego Ubezpieczonego głównego spośród Ubezpieczonych w terminie 30 dni od dnia wypłaty Sumy ubezpieczenia,
 - c) w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego głównego 75 lat; Umowa nie wygasa, jeżeli wskazałeś innego Ubezpieczonego głównego spośród Ubezpieczonych w terminie co najmniej 15 dni przed tą rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) z dniem rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego głównego; Umowa nie wygasa, jeżeli wskazałeś innego Ubezpieczonego głównego spośród Ubezpieczonych,
 - e) jeżeli ochroną ubezpieczeniową nie jest już objęty żaden Ubezpieczony,
 - f) w przypadku zmiany w Umowie, która spowodowała obniżenie Składki poniżej limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat; Umowa nie wygasa, jeżeli obniżenie to nastąpiło w wyniku śmierci Ubezpieczonego.
3. Umowa zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Właściciela polisy do zapłaty, po upływie 60 dni od dnia, w którym nie została wpłacona pierwsza zaległa Składka.

4. W każdym momencie możesz wypowiedzieć Umowę lub Umowę dodatkową, składając pisemny wniosek do Nationale-Nederlanden. Umowa lub Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana z końcem Miesiąca polisowego, w którym ten wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi. Umowa lub Umowa dodatkowa wygaśnie najpóźniej z końcem następnego Miesiąca polisowego, jeżeli wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi później niż na 10 Dni roboczych przed końcem Miesiąca polisowego, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie z powodu nieopłacenia Składek.
5. Jeśli jesteś osobą fizyczną, możesz odstąpić od Umowy lub od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a jeśli jesteś przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania Dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego jej zawarcie. W takim przypadku zwrócimy Ci wpłaconą Składkę w terminie 10 Dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, z zastrzeżeniem że zwrot ten nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden będzie w stanie prawidłowo zidentyfikować Właściciela polisy i zweryfikować jego tożsamość. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej zwrócimy Ci Składkę za Umowę dodatkową. Wskazane jest, abyś w oświadczeniu o odstąpieniu podał numer rachunku bankowego do zwrotu Składki.

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

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej Nationale-Nederlanden może przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej wraz z informacją o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile Właściciel polisy nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej w sposób opisany poniżej, przedłużenie następuje w dniu następnym po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaze Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej objęty jest ten sam Ubezpieczony.
4. Nowa składka jest ustalana stosownie do aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia zgodnie z aktualną taryfą Nationale-Nederlanden.
5. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

Art. 8 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia przekazanej przez Właściciela polisy do Nationale-Nederlanden najpóźniej

10 Dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.

2. Jeżeli Właściciel polisy przekaze do Nationale-Nederlanden informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiedzania Umów dodatkowych opisanych w Warunkach.
3. Właściciel Polisy może przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Art. 9 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać? Kiedy przysługuje jej zwrot?

1. Wysokość składki za Umowę podstawową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden w zależności od wieku każdego z Ubezpieczonych, Sum ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, oraz z ewentualnym uwzględnieniem rabatów lub szczególnych warunków Umowy podstawowej.
2. Minimalna wysokość Składki oraz rabaty obowiązujące w ramach Umowy wskazane są w Tabeli limitów i opłat. Limit minimalnej Składki obowiązuje przez cały czas trwania Umowy, chyba że obniżenie Składki poniżej tego limitu nastąpi w wyniku śmierci Ubezpieczonego.
3. Wysokość Składki, z uwzględnieniem udzielonych rabatów, oraz terminy jej opłacania, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Składka może ulec zmianie w przypadku:
 - a) zawarcia, przedłużenia lub rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - b) objęcia ochroną ubezpieczeniową kolejnej osoby,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu albo jego śmierci,
 - d) zmiany Sumy ubezpieczenia lub Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
 - e) zmiany wariantu Umowy dodatkowej,
 - f) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - g) zmiany częstotliwości opłacania Składki,
 - h) zmiany metody opłacania Składki na polecenie zapłaty albo rezygnacji z polecenia zapłaty na rzecz innej metody płatności.
5. Każda zmiana powodująca podwyższenie Składki, wprowadzona do Umowy w terminie innym niż termin płatności, powoduje konieczność dopłaty.
6. Za dzień opłacenia Składki przyjmujemy dzień wpływu środków na rachunek Nationale-Nederlanden.
7. Jeśli spóźniasz się z płatnością Składki, to zaliczymy otrzymaną Składkę na poczet Składki najdawniej wymaganej.
8. Możesz wybrać miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną częstotliwość opłacania Składki. Zmiany częstotliwości opłacania Składki dokonujesz po uzgodnieniu z Nami.
9. Zwrócimy Ci Składkę za okres, w którym nie udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 10 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Obniżenie Sumy ubezpieczenia odbywa się na Twój wniosek, po akceptacji przez Nationale-Nederlanden.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia odbywa się na Twój wniosek, za zgodą Ubezpieczonego, po akceptacji przez Nationale-Nederlanden.
3. Przy podwyższeniu Sumy ubezpieczenia, możemy zwrócić się do Ciebie lub osoby, która jest objęta ochroną ubezpieczeniową z prośbą o:
 - a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
 - b) poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
 - c) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej.
4. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ciebie i Ubezpieczonego o możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych albo odmówimy jej podwyższenia.
5. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zachowaniem minimalnej Składki.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę podstawową.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.

Art. 11 Co to jest indeksacja?

1. Indeksacja jest to podwyższenie Sumy ubezpieczenia oraz Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej albo składki za Umowę dodatkową w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, wynikającym ze wzrostu cen i kosztów utrzymania.
2. Wskaźnik indeksacji jest równy procentowemu wskaźnikowi wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy opublikowanemu przez Główny Urząd Statystyczny nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania Właścicielowi polisy informacji o indeksacji.
3. Wskaźnik indeksacji nie może być mniejszy niż 3%.
4. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki.
5. Propozycję indeksacji prześlemy Tobie najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Jeśli będziesz chciał zrezygnować z indeksacji, to powinieneś poinformować o tym Nationale-Nederlanden (pisemnie lub telefonicznie) najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Brak takiej informacji oznacza wyrażenie zgody na indeksację. Możesz zrezygnować z indeksacji w najbliższym Roku polisowym albo do odwołania. Jeśli Twoja rezygnacja dotyczy okresu dłuższego – w dowolnym momencie możesz zmienić decyzję. Wystarczy, że poinformujesz o tym Nationale-Nederlanden najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 12 Jakie są obowiązki Właściciela polisy i Ubezpieczonego?

1. Jako Właściciel polisy zobowiązany jesteś do:
 - a) opłacania Składki,
 - b) udostępnienia Ubezpieczonemu treści Warunków,
 - c) poinformowania Ubezpieczonego o zmianie wysokości Sumy ubezpieczenia, jeśli taka miała miejsce w trakcie trwania Umowy,
 - d) przekazania Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy wraz z określeniem jej wpływu na wartość Świadczeń. Informację tę powinieneś przekazać Ubezpieczonemu przed zaakceptowaniem przez Ciebie zmiany,
 - e) przekazania do Nationale-Nederlanden zgody Ubezpieczonego, jeśli zmiany wprowadzane w Umowie są na Jego niekorzyść.
2. Właściciel polisy oraz każdy Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania zadane przez Nationale-Nederlanden – przed zawarciem Umowy, przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub przed dokupieniem.

Art. 13 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Sumy ubezpieczenia otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania oświadczenia Ubezpieczonego przez Nationale-Nederlanden.
3. Uposażony wyznaczony w Umowie podstawowej jest jednocześnie Uposażonym w Umowie dodatkowej, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego.
4. Uposażony nabywa prawo do Pieniądzy z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wypłacimy Sumę ubezpieczenia i Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego, wskazany Uposażony nie żyje albo nie istnieje, należną jemu część Świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu jego śmierci wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia, zostaną one wypłacone członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.Otrzymanie Pieniądzy przez osoby należące do wyższej grupy wyklucza ich otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a”). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty.

W tym przypadku wszystkie zapisy dotyczące Uposażonych stosuje się odpowiednio do członków rodziny. W przypadku braku tych osób, Pieniądże zostaną wypłacone Twoim spadkobiercom z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

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

Art. 14 Kiedy wypłacimy Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem z tytułu Umowy należy nas poinformować.
2. Do wypłaty Pieniądzy z tytułu śmierci potrzebujemy:
 - a) kopii dowodu osobistego, paszportu lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej,
 - b) skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub organy do tego upoważnione,
 - c) innych dokumentów, o które poprosimy, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia.
3. Dokumenty niezbędne do wypłaty Pieniądzy z tytułu Umowy dodatkowej zawarte są w Ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy.
4. Dokumenty powinny być dostarczone do Nationale-Nederlanden w oryginałach.
5. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiedni organ wydający dokument, notariusza albo osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden (np. Przedstawiciela).
6. Dokumentacja medyczna może być potwierdzona za zgodność z oryginałem także przez uprawnionego pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.
7. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Pieniądzy nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

8. Wypłata Pieniędzy nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, z zachowaniem należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Pieniądze zostaną wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Bezsprzecznie część Świadczenia wypłacimy zawsze w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
 9. Wypłaty będą realizowane zgodnie z dyspozycją uprawnionego do Świadczenia – na rachunek bankowy lub w inny sposób.
 10. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona ma prawo złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.
- pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
4. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane wyżej organizacje.
 5. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 15 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy pieniędzy?

1. Nie wypłacimy Pieniędzy z tytułu Umowy, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
 - c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Nie wypłacimy Pieniędzy z tytułu Umowy podstawowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa w okresie 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie dokona wypłaty świadczeń (w tym świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, świadczeń z tytułu Umów dodatkowych, jak również kwot wypłacanych w związku z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia), które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - b) osoby zamieszkałej w krajach o nieakceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadający swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d). f) finansowania towarów lub usług

Art. 16 W jaki sposób przekazywać do nas korespondencję?

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

Art. 17 Reklamacje

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

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

5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana osobiście lub przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację. Odpowiedź jest przesyłana na aktualny adres zarejestrowany w bazie danych Nationale-Nederlanden albo na adres wskazany w Reklamacji.

Art. 18 Podatki

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia na życie do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 19 System monetarny

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

Art. 20 Rozstrzygnięcie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo

jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.

Art. 21 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 31/2022 z dnia 12 maja 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 maja 2022 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie (OWU)

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

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7 Stosowanie postanowień Warunków

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

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

Art. 8 Wejście w życie Umowy tymczasowej

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



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku

nr OWU/HB12/1/2020 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 3, Art. 5, Art. 6, Art. 10 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku

nr OWU/HB12/1/2020

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HB12 (wariant podstawowy) oraz kodem HF12 (wariant premium) jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile Pieniądzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej.
2. **„Świadczenie”** albo **„Pieniądze”** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji.
3. **„Pobyt w szpitalu”** – Twój stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu Twojego zdrowia, którego przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się hospitalizacji, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
4. **„Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze”** – Pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 14 dni. Uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu przerywa bieg tego 14-dniowego terminu.
5. **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w Szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
6. **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
7. **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015, 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 urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015.
8. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
9. **„Wypadek komunikacyjny”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym

udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Twojego Pobytu w szpitalu, Twojego Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji, której zostałeś poddany, zaistniałe w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległeś jako:

- a) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer albo kierujący pojazdem szynowym, pasażerskim statkiem powietrznym albo wodnym, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) pasażer albo kierujący rowerem albo motorowerem,
 - d) pieszy.
- W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Wypadek komunikacyjny, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
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 Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połoгу ani skutków Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.
11. „**Choroba psychiczna**” – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmiemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 1. rok życia i nie ukończyłeś 61. roku życia.
2. Możesz wybrać jeden z 2 dostępnych wariantów ochrony:
 - a) wariant podstawowy lub
 - b) wariant premium.
3. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) Pobyt w szpitalu,
 - b) Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze,
 - c) Operację, spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem albo Wypadkiem komunikacyjnym.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowę dodatkową zawieramy:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 65 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
 - b) z upływem okresu na jaki została zawarta,
 - c) z dniem wypłaty 400% Sumy ubezpieczenia.Limit 400% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty

Świadczeń wypłaconych w okresie, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta. Do wypłaty Pieniędzy brana jest pod uwagę Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

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

Art. 5 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu?

1. Kwota, jaką Ci wypłacimy jest uzależniona od przyczyny Twojego Pobytu w szpitalu i stanowi odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, obowiązującej w pierwszym Dniu pobytu w szpitalu, zgodnie z poniższą tabelą:

Przyczyna Pobytu w szpitalu	Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego
Nieszczęśliwy wypadek	1,0% Sumy ubezpieczenia
Wypadek komunikacyjny	1,5% Sumy ubezpieczenia

2. Wypłacimy Ci Pieniędże za każdy Dzień pobytu w szpitalu, wliczając dzień przyjęcia do Szpitala, o ile Pobyt w szpitalu trwał nie krócej niż 3 kolejne dni.
3. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie za ten sam okres Pobytu w szpitalu. W zależności od przyczyny Pobytu w szpitalu oraz liczby Dni pobytu w szpitalu, wypłacimy odpowiednio:
 - a) wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego należnego po Nieszczęśliwym wypadku albo
 - b) wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego należnego po Wypadku komunikacyjnym.
4. Pobytu w szpitalu nie przerywa:
 - a) przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
 - b) czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz nieobecność ta nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Pobytu w szpitalu.
5. Nie wypłacimy dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
6. W przypadku Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze wypłacimy Ci dodatkowo 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w ostatnim dniu tego pobytu. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze w Roku polisowym.

7. W przypadku Twojej śmierci w trakcie Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze uprawnionym do Pieniędzy jest osoba wskazana przez Ciebie jako Uposażony w Umowie podstawowej.

Art. 6 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku operacji?

1. Kwota, jaką Ci wypłacimy jest uzależniona od kategorii Operacji, jakiej zostałeś poddany, i stanowi odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przeprowadzenia Operacji, zgodnie z poniższą tabelą:

Kategoria Operacji	Wysokość świadczenia operacyjnego
I	100% Sumy ubezpieczenia
II	75% Sumy ubezpieczenia
III	50% Sumy ubezpieczenia
IV	25% Sumy ubezpieczenia
V	10% Sumy ubezpieczenia

Listę Operacji oraz ich podział na kategorie zawiera Załącznik – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015.

2. Jeżeli zawarłeś umowę w wariancie premium – w przypadku gdy zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja polegająca na przeprowadzeniu procedur medycznych, które nie zostały wymienione w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015 wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie, o którym mowa powyżej może być wypłacone tylko raz w ciągu jednego roku polisowego.
3. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu takich samych procedur medycznych, wypłacimy Pieniędże wyłącznie za jedną z tych Operacji.
4. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015 wypłacimy Ci Pieniędże tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli zawarłeś umowę w wariancie premium i podczas jednej Operacji zostaną przeprowadzone u Ciebie jednocześnie procedury medyczne zawarte w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015 oraz procedury medyczne które nie zostały wymienione w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015 wypłacimy Ci Pieniędże tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
6. W przypadku Twojej śmierci w trakcie Operacji uprawnionym do Pieniędzy jest osoba wskazana przez Ciebie jako Uposażony w Umowie podstawowej.

Art. 7 Jak będą wypłacane pieniądze? Co jest potrzebne?

1. W przypadku Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji masz prawo do Pieniędzy.
2. Jeśli poinformujesz nas o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową, do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali:
 - a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w szpitalu, Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operację:
 - karty wypisowej ze Szpitala,
 - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś,
 - c) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego (np. notatki urzędowej z policji lub innej),
 - d) innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. W przypadku, gdy Pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni i trwa nadal, możesz złożyć wniosek o wypłatę Pieniędzy za ten co najmniej 30-dniowy okres.
4. Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy złóż do nas wniosek.
2. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
4. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłaconą Składka w nowej wysokości.
5. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak będzie opłacana?

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

Art. 10 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

1. Nie wypłacimy Pieniędzy, jeżeli Pobyty w szpitalu, Pobyty w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacja zostały spowodowane lub miały miejsce w następnym:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - b) kontynuacji leczenia następstw wypadków lub Chorób z nich wynikających, rozpoczętego przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - c) spożywania lub pozostawiania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - d) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
 - e) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - f) rany skóry i tkanki podskórnej,
 - g) prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie byłeś do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie, speleologia, sporty walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem.
2. Nie wypłacimy Pieniędzy z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł, także wtedy, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015.
3. Nie wypłacimy Pieniędzy, jeżeli Pobyty w szpitalu, Pobyty w szpitalu o długotrwałym charakterze rozpoczął się lub Operacja została przeprowadzona po 60 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

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

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 19/2020 z dnia 23 marca 2020 r., wchodzi w życie z dniem 4 kwietnia 2020 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik – procedury medyczne po wypadku nr 1/2015 do Umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku

A Tkanka mózgowa (A01 – A05)

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II

A Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

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

A Nerwy czaszkowe (A30 – A31)

A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II

A Opony mózgowe (A39 – A42)

A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwaka nad lub podoponowego	Kategoria II

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

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

A Nerwy obwodowe (A59 – A67)

A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III
A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV

A Inne części układu nerwowego (A75)

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	Kategoria III
-----	--	---------------

B Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B22)

B22	Wycięcie nadnercza (y)	Kategoria III
-----	------------------------	---------------

C Oczodoł (C01 – C06)

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

C Mięśnie oka (C31 – C34)

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria III
C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C34	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	Kategoria IV

C Rogówka (C47 – C49)

C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

C Twardówka i tęczówka (C54 – C62)

C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C59	Wycięcie tęczówki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczówki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczówki	Kategoria IV

C Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

C Siatkówka i inne części oka (C79 – C81)

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV

D Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D04)

D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

D Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D14 – D16)

D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III

E Nos (E01 – E09)

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E06	Tamponada tylna nosa w warunkach szpitalnych, wymagająca znieczulenia ogólnego	Kategoria V
E09	Operacje nosa zewnętrznego	Kategoria V

E Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

E Krtań (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	Kategoria IV

E Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III
E48	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	Kategoria III

E Płuca i śródpiersie (E54 – E62)

E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV
E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III

F Język i podniebienie (F22 – F29)

F22	Wycięcie języka	Kategoria III
F24	Nacięcie języka	Kategoria V
F29	Korekcja zniekształcenia podniebienia (pourazowa)	Kategoria IV

F Jama ustna (F39)

F39	Odtworzenie innej części jamy ustnej	Kategoria IV
-----	--------------------------------------	--------------

G Przełyk (G01 – G11)

G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III
G07	Operacja naprawcza przełyku	Kategoria I
G08	Wytworzenie przetoki przełykowej	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III

G Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G27 – G34)

G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II

G31	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	Kategoria III
G Dwunastnica (G49 – G51)		
G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III
G51	Zespolenie omijające dwunastnicę	Kategoria III
G Jelito czcze (G58 – G61)		
G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	Kategoria III
G61	Zespolenie omijające jelito czcze	Kategoria III
G Jelito kręte (G69 – G75)		
G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G71	Zespolenie omijające jelito kręte	Kategoria III
G73	Rewizja zespolenia jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
H Okrężnica (H04 – H18)		
H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
H08	Wycięcie poprzecznicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H13	Zespolenie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kątncy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H Odbytnica (H33 – H40)		
H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
H40	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
J Wątroba (J02 – J10)		
J02	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	Kategoria I
J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria II
J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV

J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV
J Pęcherzyk żółciowy (J18)		
J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J Przewody żółciowe (J27 – J47)		
J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J29	Zespolenie przewodu wątrobowego	Kategoria I
J30	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	Kategoria III
J31	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	Kategoria III
J32	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	Kategoria II
J33	Nacięcie przewodu żółciowego	Kategoria III
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przejskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przejskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J Trzustka (J55 – J62)		
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
J Śledziona (J69)		
J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
K Osierdzie (K68 – K69)		
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV
L Tętnica płucna (L07 – L13)		
L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II
L Tętnica główna (Aorta) (L23)		
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa (L29 – L37)		
L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L37	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	Kategoria I

L Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 – L45)

L41	Odtworzenie tętnicy nerkowej	Kategoria I
L45	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	Kategoria I

L Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L52 – L60)

L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I

L Inne tętnice (L65 – L71)

L65	Rewizja odtworzonej tętnicy	Kategoria II
L67	Wycięcie innej tętnicy	Kategoria II
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV

M Nerki (M02 – M06)

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III

M Moczowód (M18 – M23)

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M19	Odprowadzenie moczu przez przetokę	Kategoria II
M20	Ponowne wszczepienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III

M Pęcherz moczowy (M34 – M38)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV

M Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M73)

M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
-----	-----------------------------------	---------------

N Moszna i jądra (N01 – N11)

N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N06	Jednostronne usunięcie jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV

N Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N18 – N24)

N18	Operacja naprawcza powróżka nasiennego	Kategoria II
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

N Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N29)

N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V

P Srom i krocze kobiece (P07)

P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

Q Macica (Q07)

Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
-----	-----------------	---------------

Q Jajowód (Q22 – Q25)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V

Q Jajnik (Q43 – Q45)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V

T Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 – T51)

T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V

T Ścięgna i mięśnie (T67 – T79)

T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III

V Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I

V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III

V Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V46)

V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II
V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II

W Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W27)

W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III

W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV

X Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
X13	Amputacja palców częściowa lub całkowita	Kategoria V
X14	Amputacja brzuszno-miednicza	Kategoria II

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku

nr OWU/CN12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku nr OWU/CN12/1/2016

Umowa dodatkowa – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku (dalej: Umowa dodatkowa), jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile Pieniędzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej.
2. **„Świadczenie”** albo **„Pieniędze”** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Rekonwalescencji.
3. **„Rekonwalescencja”** – nieprzerwany okres Twojego powrotu do zdrowia i sił, następujący bezpośrednio po Pobycie w szpitalu lub Operacji, zalecony przez Lekarza i stwierdzony w zaświadczeniu lekarskim lub innym dokumencie, wydanymi przez Szpital, w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji.
4. **„Dzień rekonwalescencji”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy Twojej Rekonwalescencji. Za pierwszy dzień Rekonwalescencji uważa się dzień wypisu ze Szpitala (do godz. 24.00).
5. **„Bonus lekowy”** – dodatkowa kwota wypłacana z tytułu Rekonwalescencji, którą możesz przeznaczyć na zakup produktów medycznych lub lekarstw w celu poprawy stanu Twojego zdrowia.
6. **„Pobyt w szpitalu”** – Twój stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu Twojego zdrowia, którego przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się hospitalizacji, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
7. **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w Szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
8. **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
9. **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – Procedury medyczne po wypadku nr 1/2015, 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 urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – Procedury medyczne po wypadku nr 1/2015.
10. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i stało się

bezpośrednią i wyłączną przyczyną Twojego Pobytu w szpitalu lub Operacji, której zostałeś poddany. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

11. „Wypadek komunikacyjny” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Twojego Pobytu w szpitalu lub Operacji, której zostałeś poddany, zaistniałe w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległeś jako:
- pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - pasażer albo kierujący pojazdem szynowym, pasażerskim statkiem powietrznym albo wodnym, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - pasażer albo kierujący rowerem albo motorowerem,
 - pieszy.

W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Wypadek komunikacyjny, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

12. „Choroba” – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połoгу.
13. „Choroba psychiczna” – Choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

- Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 18. rok życia i nie ukończyłeś 61. roku życia.
- Ubezpieczenie obejmuje Rekonwalescencję po Pobytku w szpitalu lub Operacji, które były spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem albo Wypadkiem komunikacyjnym.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

- Umowę dodatkową zawieramy:
 - na 5 lat albo
 - do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
- Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 65 lat.
- Umowa dodatkowa wygasa:
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
 - z upływem okresu na jaki została zawarta,
 - z dniem wypłaty 400% Sumy ubezpieczenia. Limit 400% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych w okresie, na jaki

Umowa dodatkowa została zawarta. Do wypłaty Pieniędzy brana jest pod uwagę Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

- Tak, przed zakończeniem Umowy dodatkowej proponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej, pozostającej w aktualnej ofercie Nationale-Nederlanden, chyba że Umowa ta wygasa w związku z wykorzystaniem limitu 400% Sumy ubezpieczenia.
- Nie, jeżeli Umowa ta wygasa w związku z wykorzystaniem limitu 400% Sumy ubezpieczenia.
- Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku rekonwalescencji?

- Kwota, jaką Ci wypłacimy w przypadku Rekonwalescencji jest uzależniona od przyczyny Twojego Pobytu w szpitalu lub Operacji, i stanowi odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w pierwszym Dniu rekonwalescencji, zgodnie z poniższą tabelą:

Przyczyna Pobytu w szpitalu lub Operacji	Wysokość dziennego świadczenia z tytułu Rekonwalescencji
Nieszczęśliwy wypadek	1,0% Sumy ubezpieczenia
Wypadek komunikacyjny	1,5% Sumy ubezpieczenia

- Wypłacimy Ci Pieniędże za każdy Dzień Twojej rekonwalescencji, jeśli Rekonwalescencja nastąpiła bezpośrednio po:
 - Twoim Pobytku w szpitalu trwającym co najmniej 7 dni lub
 - Operacji, której zostałeś poddany.
- W jednym okresie Rekonwalescencji przysługuje Ci jedno Świadczenie, maksymalnie za 30 Dni rekonwalescencji. W zależności od przyczyny Pobytu w szpitalu lub Operacji oraz liczby Dni rekonwalescencji, wypłacimy odpowiednio:
 - wielokrotność dziennego świadczenia rekonwalescencyjnego należnego po Nieszczęśliwym wypadku albo
 - wielokrotność dziennego świadczenia rekonwalescencyjnego należnego po Wypadku komunikacyjnym.
- Pobytu w szpitalu nie przerywa:
 - przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
 - czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz nieobecność ta nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień

opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Pobytu w szpitalu.

- Do wypłaty z tytułu Rekonwalescencji nie są brane pod uwagę dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
- Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu takich samych procedur medycznych, wypłacimy Pieniądże wyłącznie w następstwie jednej Operacji.
- Jeśli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku – Procedury medyczne po wypadku nr 1/2015, wypłacimy Pieniądże tylko w następstwie jednej procedury medycznej.
- W przypadku Rekonwalescencji wypłacimy Ci dodatkowo Bonus lekowy. Wysokość tego bonusu jest uzależniona od przyczyny Twojego Pobytu w szpitalu lub Operacji poprzedzających Rekonwalescencję, i stanowi odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w pierwszym Dniu rekonwalescencji, zgodnie z poniższą tabelą:

Przyczyna Pobytu w szpitalu lub Operacji	Wysokość Bonusu lekowego
Nieszczęśliwy wypadek	2% Sumy ubezpieczenia
Wypadek komunikacyjny	3% Sumy ubezpieczenia

- W przypadku Twojej śmierci w trakcie Rekonwalescencji uprawnionym do Pieniądzy jest osoba wskazana przez Ciebie jako Uposażony w Umowie podstawowej.

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

- W przypadku Rekonwalescencji masz prawo do Pieniądzy.
- Jeśli poinformujesz nas o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową, do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali:
 - kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w szpitalu lub Operację:
 - karty wypisowej ze Szpitala,
 - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś,
 - dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego (np. notatki urzędowej z policji lub innej),
 - kopii zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu, potwierdzających Twoją Rekonwalescencję, wydanych przez Szpital, w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji,
 - innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
- Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

- Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy złóż do nas wniosek.
- Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
- Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
- Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłaconą Składka w nowej wysokości.
- Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak będzie opłacana?

- Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od wybranej Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ciebie zawód oraz uprawiany przez Ciebie sport i hobby.
- Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

- Nie wypłacimy Pieniądzy, jeżeli Pobyt w szpitalu, Operacja lub Rekonwalescencja zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
 - okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - kontynuacji leczenia następstw wypadków lub Chorób z nich wynikających rozpoczętego przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - spożywania lub pozostawiania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - popelnienia przez Ciebie lub usiłowania popelnienia przestępstwa,
 - samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie byłeś do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie, speleologia, sporty walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem.

2. Nie wypłacimy Pieniędzy, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się lub Operacja została przeprowadzona po 60 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, 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

Załącznik – Procedury medyczne po wypadku nr 1/2015

Do warunków Umowy dodatkowej
– pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku oraz

Do warunków Umowy dodatkowej
– rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku

A Tkanka mózgowa (A01 – A05)

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

A Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

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

A Nerwy czaszkowe (A30 – A31)

A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II

A Opony mózgowe (A39 – A42)

A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwiaka nad lub podoponowego	Kategoria II

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

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

A Nerwy obwodowe (A59 – A67)

A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III
A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV

A Inne części układu nerwowego (A75)

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	Kategoria III
-----	--	---------------

B Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B22)

B22	Wycięcie nadnercza (y)	Kategoria III
-----	------------------------	---------------

C Oczodoł (C01 – C06)

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

C Mięśnie oka (C31 – C34)

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria III
C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C34	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	Kategoria IV

C Rogówka (C47 – C49)

C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

C Twardówka i tęczówka (C54 – C62)

C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C59	Wycięcie tęczówki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczówki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczówki	Kategoria IV

C Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

C Siatkówka i inne części oka (C79 – C81)

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV

D Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D04)

D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

D Wrostek sutkowaty i ucho środkowe (D14 – D16)

D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III

E Nos (E01 – E09)

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E06	Tamponada tylna nosa w warunkach szpitalnych, wymagająca znieczulenia ogólnego	Kategoria V
E09	Operacje nosa zewnętrznego	Kategoria V

E Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

E Krtań (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	Kategoria IV

E Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III
E48	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	Kategoria III

E Płuca i śródpiersie (E54 – E62)

E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV
E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III

F Język i podniebienie (F22 – F29)

F22	Wycięcie języka	Kategoria III
F24	Nacięcie języka	Kategoria V
F29	Korekcja zniekształcenia podniebienia (pourazowa)	Kategoria IV

F Jama ustna (F39)

F39	Odtworzenie innej części jamy ustnej	Kategoria IV
-----	--------------------------------------	--------------

G Przełyk (G01 – G11)

G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III
G07	Operacja naprawcza przełyku	Kategoria I
G08	Wytworzenie przetoki przełykowej	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III

G Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G27 – G34)

G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II

G31	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	Kategoria III
G Dwunastnica (G49 – G51)		
G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III
G51	Zespolenie omijające dwunastnicę	Kategoria III
G Jelito czcze (G58 – G61)		
G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	Kategoria III
G61	Zespolenie omijające jelito czcze	Kategoria III
G Jelito kręte (G69 – G75)		
G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G71	Zespolenie omijające jelito kręte	Kategoria III
G73	Rewizja zespolenia jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
H Okrężnica (H04 – H18)		
H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
H08	Wycięcie poprzecznicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H13	Zespolenie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kątncy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H Odbytnica (H33 – H40)		
H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
H40	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
J Wątroba (J02 – J10)		
J02	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	Kategoria I
J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria II
J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV

J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV
J Pęcherzyk żółciowy (J18)		
J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J Przewody żółciowe (J27 – J47)		
J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J29	Zespolenie przewodu wątrobowego	Kategoria I
J30	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	Kategoria III
J31	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	Kategoria III
J32	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	Kategoria II
J33	Nacięcie przewodu żółciowego	Kategoria III
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przejskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przejskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J Trzustka (J55 – J62)		
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
J Śledziona (J69)		
J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
K Osierdzie (K68 – K69)		
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV
L Tętnica płucna (L07 – L13)		
L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II
L Tętnica główna (Aorta) (L23)		
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa (L29 – L37)		
L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L37	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	Kategoria I

L Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 – L45)

L41	Odtworzenie tętnicy nerkowej	Kategoria I
L45	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	Kategoria I

L Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L52 – L60)

L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I

L Inne tętnice (L65 – L71)

L65	Rewizja odtworzonej tętnicy	Kategoria II
L67	Wycięcie innej tętnicy	Kategoria II
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV

M Nerki (M02 – M06)

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III

M Moczowód (M18 – M23)

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M19	Odprowadzenie moczu przez przetokę	Kategoria II
M20	Ponowne wszczepienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III

M Pęcherz moczowy (M34 – M38)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV

M Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M73)

M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
-----	-----------------------------------	---------------

N Moszna i jądra (N01 – N11)

N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N06	Jednostronne usunięcie jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV

N Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N18 – N24)

N18	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	Kategoria II
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

N Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N29)

N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V

P Srom i krocze kobiece (P07)

P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

Q Macica (Q07)

Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
-----	-----------------	---------------

Q Jajowód (Q22 – Q25)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V

Q Jajnik (Q43 – Q45)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V

T Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 – T51)

T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V

T Ścięgna i mięśnie (T67 – T79)

T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III

V Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV

V08	nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III

V Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V46)

V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II
V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II

W Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W27)

W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III

W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV

X Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
X13	Amputacja palców częściowa lub całkowita	Kategoria V
X14	Amputacja brzuszno-miednicza	Kategoria II

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby

nr OWU/HD12/1/2020 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 3, Art. 5, Art. 6, Art. 10 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby nr OWU/HD12/1/2020

Umowa dodatkowa – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HD12 (wariant podstawowy) oraz kodem HE12 (wariant premium), jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile Pieniądzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej.
2. **„Świadczenie”** albo **„Pieniądze”** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Twojego Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji.
3. **„Pobyt w szpitalu”** – Twój stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu Twojego zdrowia, którego przyczyną była Choroba. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się hospitalizacji, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
4. **„Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze”** – Pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 14 dni. Uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu przerywa bieg tego 14-dniowego terminu.
5. **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w Szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
6. **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
7. **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015, 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. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.
8. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu ani skutków Nieszczęśliwego wypadku.
9. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym

udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Obejmiemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie, jeśli ukończyłeś 1. rok życia i nie ukończyłeś 61. roku życia.
2. Możesz wybrać jeden z 2 dostępnych wariantów ochrony:
 - a) wariant podstawowy lub
 - b) wariant premium.
3. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) Pobyt w szpitalu,
 - b) Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze,
 - c) Operacje spowodowane Chorobą.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowę dodatkową w wybranym wariantcie zawieramy:
 - a) na 5 lat albo
 - b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 65 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
 - b) z upływem okresu na jaki została zawarta,
 - c) z dniem wypłaty 400% Sumy ubezpieczenia. Limit 400% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych w okresie, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta. Do wypłaty Pieniądzy brana jest pod uwagę Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

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

Art. 5 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu?

1. Wypłacimy Ci Pieniądże za Pobyt w szpitalu, który trwał nie krócej niż 3 kolejne dni, wliczając dzień przyjęcia do Szpitala.
2. Za każdy Dzień pobytu w szpitalu wypłacimy Ci dzienne świadczenie szpitalne w wysokości 1,0% Sumy ubezpieczenia, obowiązującej w pierwszym Dniu pobytu w szpitalu, o ile Pobyt w szpitalu rozpoczął się po upływie 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Jeśli Pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie pierwszych 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, wypłacimy Ci za cały Pobyt w szpitalu Świadczenie w wysokości 1,0% Sumy ubezpieczenia, obowiązującej w pierwszym Dniu tego pobytu w szpitalu; zasada ta nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej.
4. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie za ten sam okres Pobytu w szpitalu.
5. Pobytu w szpitalu nie przerywa:
 - a) przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
 - b) czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz nieobecność ta nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Pobytu w szpitalu.
6. Nie wypłacimy dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
7. W przypadku Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze wypłacimy Ci dodatkowo 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w ostatnim dniu tego pobytu. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze w Roku polisowym.
8. W przypadku Twojej śmierci w trakcie Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze uprawnionym do Pieniądzy jest osoba wskazana przez Ciebie jako Uposażony w Umowie podstawowej.

Art. 6 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku operacji?

1. Kwota, jaką Ci wypłacimy za Operację, jakiej zostałeś poddany, stanowi odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przeprowadzenia tej Operacji.
2. Jeżeli Operacja została przeprowadzona w okresie pierwszych 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1,0% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego; zasada ta nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Jeśli Operacja została przeprowadzona po upływie 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości uzależnionej od kategorii Operacji, jakiej zostałeś poddany, zgodnie z poniższą tabelą:

Kategoria Operacji	Wysokość świadczenia operacyjnego
I	100% Sumy ubezpieczenia
II	75% Sumy ubezpieczenia
III	50% Sumy ubezpieczenia
IV	25% Sumy ubezpieczenia
V	10% Sumy ubezpieczenia

Listę Operacji oraz ich podział na kategorie zawiera Załącznik – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.

- Jeżeli zawarłeś umowę w wariancie premium – w przypadku gdy zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja polegająca na przeprowadzeniu procedur medycznych, które nie zostały wymienione w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015 wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie, o którym mowa powyżej może być wypłacone tylko raz w ciągu jednego roku polisowego.
- Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu takich samych procedur medycznych, wypłacimy Pieniądże wyłącznie za jedną z tych Operacji.
- Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015 wypłacimy Ci Pieniądże tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
- Jeżeli zawarłeś umowę w wariancie premium i podczas jednej Operacji zostaną przeprowadzone u Ciebie jednocześnie procedury medyczne zawarte w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015 oraz procedury medyczne medyczne które nie zostały wymienione w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015 wypłacimy Ci Pieniądże tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
- W przypadku Twojej śmierci w trakcie Operacji uprawnionym do Pieniądzy jest osoba wskazana przez Ciebie jako Uposażony w Umowie podstawowej.

Art. 7 Jak będą wypłacane Pieniądże? Co jest potrzebne?

- W przypadku Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacji masz prawo do Pieniądzy.
- Jeśli poinformujesz nas o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową, do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali:
 - kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w szpitalu, Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operację;

- karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś,
- innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
- W przypadku, gdy Pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni i trwa nadal, możesz złożyć wniosek o wypłatę Pieniądzy za ten co najmniej 30-dniowy okres.
 - Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

- Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy złóż do nas wniosek.
- Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
- Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
- Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłaconą Składka w nowej wysokości.
- Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak będzie opłacana?

- Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Twojego wieku, okresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia, wybranego wariantu umowy oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę dodatkową.
- Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Pieniądzy?

- Nie wypłacimy Pieniądzy, jeżeli Pobyt w szpitalu, Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze lub Operacja zostały spowodowane lub miały miejsce w następnym:
 - okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - popelnienia przez Ciebie lub usiłowania popelnienia przestępstwa,
 - próby popelnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - spożywania lub pozostawiania przez Ciebie pod wpływem alkoholu, 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,
 - choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed dniem objęcia Ubezpieczonego

ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa powyżej nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,

- f) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
 - g) Choroby psychicznej,
 - h) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą.
2. Nie wypłacimy Pieniędzy z tytułu Operacji polegających na:
- a) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - b) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zezą),
 - d) leczeniu związanym z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmianie płci, obrzezaniu, operacji stulejki, wyłyżeczkowaniu jamy macicy,
 - f) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
- oraz za związane z nimi Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w szpitalu o długotrwałym charakterze.
3. Nie wypłacimy Pieniędzy z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł, także wtedy, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.
4. Nie wypłacimy Pieniędzy, jeżeli Pobyt w szpitalu lub Operacja zostały zlecone przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

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

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 19/2020 z dnia 23 marca 2020 r., wchodzi w życie z dniem 4 kwietnia 2020 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015

Do warunków Umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby

A Tkanka mózgowa

A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II
A09	Neurostymulacja mózgu	Kategoria II

A Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa

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

A Nerwy czaszkowe

A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A29	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	Kategoria I
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A33	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	Kategoria III

A Opony mózgowe

A38	Wycięcie zmiany opon mózgowych	Kategoria I
-----	--------------------------------	-------------

A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwinka nad lub podoponowego	Kategoria II

A Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego

A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A56	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	Kategoria III

A Nerwy obwodowe

A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A61	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	Kategoria IV
A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV

A Inne części układu nerwowego

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	Kategoria III
-----	--	---------------

B Przysadka i szyszynka

B01	Wycięcie przysadki	Kategoria I
B02	Zniszczenie przysadki	Kategoria II
B04	Wycięcie zmiany przysadki	Kategoria II
B06	Operacje szyszynki	Kategoria I

B Tarczyca i przytarczycy

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
B10	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II

B Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego

B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
B22	Wycięcie nadnercza lub nadnerczy	Kategoria III
B23	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	Kategoria III

B Sutek

B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B28	Kwadrantektomia	Kategoria IV
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
B35	Operacje brodawki sutkowej	Kategoria IV

C Oczodoł

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C02	Wycięcie zmiany oczodołu	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

C Powieki i gruczoł łzowy

C12	Wycięcie zmiany powieki	Kategoria V
C14	Rekonstrukcja powieki	Kategoria IV
C24	Operacja gruczołu łzowego	Kategoria IV

C Mięśnie oka

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

C Spojówka i rogówka

C39	Usunięcie zmiany spojówki	Kategoria V
C40	Operacja naprawcza spojówki	Kategoria IV
C45	Wycięcie zmiany rogówki	Kategoria IV
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

C Twardówka i tęczęwka

C53	Wycięcie zmiany twardówki	Kategoria IV
C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C59	Wycięcie tęczęwki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczęwki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczęwki	Kategoria IV

C Komora przednia gałki ocznej i soczewka

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnętrznotorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV

C72	Wewnętrznotorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

C Siatkówka i inne części oka

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
C82	Zniszczenie zmiany siatkówki	Kategoria IV

D Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny

D02	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	Kategoria IV
D03	Plastyka ucha zewnętrznego	Kategoria III

D Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
D19	Wycięcie zmiany ucha środkowego	Kategoria IV

E Nos

E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V

E Zatok przynosowe

E12	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	Kategoria IV
E13	Operacja zatoki szczękowej z innego dostępu	Kategoria V
E14	Operacje zatoki czołowej	Kategoria IV
E15	Operacje zatoki klinowej	Kategoria IV
E17	Operacje zatoki sitowej	Kategoria V

E Gardło

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

E Krtani

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne krtani	Kategoria IV

E Tchawica i oskrzela

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E41	Otwarta implantacja protezy tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III
E48	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dolnych dróg oddechowych	Kategoria III

E Płuca i śródpiersie

E53	Przeszczep płuca	Kategoria I
E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E55	Otwarte wycięcie zmiany płuca	Kategoria I
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV
E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III
E63	Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia	Kategoria IV

F Wargi, język, migdałki i inne części jamy ustnej

F02	Usunięcie zmiany wargi	Kategoria V
F03	Korekcja deformacji wargi	Kategoria IV
F20	Wycięcie migdałka gardłowego	Kategoria V
F22	Wycięcie języka	Kategoria III
F23	Wycięcie zmiany języka	Kategoria V
F26	Operacja naprawcza języka	kategoria V
F28	Wycięcie zmiany podniebienia	Kategoria V
F34	Wycięcie migdałków podniebiennych	Kategoria V
F38	Wycięcie zmiany innych części jamy ustnej	Kategoria V

F Ślinianki

F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV
F45	Wycięcie zmiany ślinianki	Kategoria IV
F50	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	Kategoria IV
F51	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	Kategoria IV
F52	Podwiązanie przewodu ślinianki	Kategoria V
F55	Poszerzenie przewodu ślinianki	kategoria V

G Przełyk

G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III
G04	Otwarte wycięcie zmiany przełyku	Kategoria III
G05	Zespolenie omijające przełyku	Kategoria II
G06	Rewizja zespolenia przełykowego	Kategoria III
G07	Operacja naprawcza przełyku	Kategoria I
G08	Wytworzenie przetoki przełykowej	Kategoria III
G10	Otwarte operacje żyłaków przełyku	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III
G14	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	Kategoria V
G23	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	Kategoria IV

G Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego

G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II
G29	Otwarte wycięcie zmiany żołądka	Kategoria III
G30	Operacje plastyczne żołądka	Kategoria III
G31	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	Kategoria III
G35	Operacje wrzodu żołądka	Kategoria III
G40	Nacięcie odźwiernika	Kategoria III
G43	Endoskopowe usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria V

G Dwunastnica

G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III
G50	Otwarte usunięcie zmiany dwunastnicy	Kategoria II
G51	Zespolenie omijające dwunastnicę	Kategoria III
G52	Operacje wrzodu dwunastnicy	Kategoria III
G54	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dwunastnicy	Kategoria V

G Jelito czcze

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

G59	Wycięcie zmiany jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	Kategoria III
G61	Zespolecie omijające jelito czcze	Kategoria III
G64	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita czczego	Kategoria III

G Jelito kręte

G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G70	Otwarte wycięcie zmiany jelita krętego	Kategoria III
G71	Zespolecie omijające jelito kręte	Kategoria III
G73	Rewizja zespolenia jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
G76	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	Kategoria III
G79	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita krętego	Kategoria III

G,H Uchyłek Meckela i wyrostek robaczkowy

G82	Wycięcie uchyłka Meckela	Kategoria IV
H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV

H Okrężnica

H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
H08	Wycięcie poprzecznicy	Kategoria II
H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H12	Operacyjne wycięcie zmiany okrężnicy	Kategoria III
H13	Zespolecie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kąticy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H17	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H20	Endoskopowe usunięcie zmiany jelita grubego	Kategoria V

H Odbytnica

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

H Odbyt i okolica okołoodbytnicza

H48	Operacja szczeliny odbytu	Kategoria V
H49	Operacja ropnia okołoodbytniczego	Kategoria V
H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H52	Zniszczenie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria V
H55	Operacja przetoki okołoodbytniczej	Kategoria V
H59	Wycięcie torbieli włosowej	Kategoria IV

J Wątroba

J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
J02	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	Kategoria I
J03	Wycięcie zmiany wątroby	Kategoria III
J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV
J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV

J Pęcherzyk żółciowy

J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J19	Zespolecie pęcherzyka żółciowego	Kategoria II
J21	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J24	Przejskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV

J Przewody żółciowe

J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J28	Wycięcie zmiany przewodu żółciowego	Kategoria III
J29	Zespolecie przewodu wątrobowego	Kategoria I
J30	Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego	Kategoria III
J31	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	Kategoria III
J32	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	Kategoria II
J33	Nacięcie przewodu żółciowego	Kategoria III
J34	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	Kategoria III

J38	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	Kategoria IV
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przejskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przejskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J49	Zabiegi terapeutyczne dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV

J Trzustka

J54	Przeszczep trzustki	Kategoria I
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
J58	Wycięcie zmiany trzustki	Kategoria III
J59	Zespolenie przewodu trzustkowego	Kategoria II
J61	Otwarty drenaż zmiany trzustki	Kategoria II
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V

J Śledziona

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

K Ściany, przegrody i komory serca

K01	Przeszczep serca i płuc	Kategoria I
K04	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	Kategoria I
K05	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	Kategoria I
K07	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	Kategoria I
K09	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	Kategoria I
K10	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	Kategoria I
K11	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	Kategoria I
K12	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	Kategoria I
K15	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	Kategoria II

K16	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	Kategoria I
K18	Wytworzenie dróg odpływu z serca	Kategoria I
K20	Plastyka przedsionka serca	Kategoria I

K Zastawki serca i struktury towarzyszące

K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	Kategoria I
K30	Rewizja plastyki zastawki serca	Kategoria I
K31	Walwulotomia	Kategoria I
K35	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	Kategoria II
K37	Usunięcie zwężenia struktur towarzyszących zastawce serca	Kategoria I

K Tętnice wieńcowe

K40	Pomost aortalno-wieńcowy	Kategoria I
K43	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
K45	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	Kategoria I
K47	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	Kategoria I
K49	Przejskórna angioplastyka wieńcowa	Kategoria II

K Inne części serca i osierdzie

K52	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	Kategoria I
K56	Wszczepienie systemu wspomagania serca	Kategoria II
K57	Przeznaczyniowe zabiegi dotyczące układu bodźcoprzewodzącego i bodźcotwórczego	Kategoria III
K60	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K61	Inny system rozrusznika serca	Kategoria I
K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria I

L Duże naczynia i tętnica płucna

L01	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
-----	---	-------------

L02	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	Kategoria I
L03	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L05	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II

L Tętnica główna (Aorta)

L16	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	Kategoria I
L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
L22	Rewizja protezy aortalnej	Kategoria I
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L26	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	Kategoria II

L Tętnica szyjna, tętnice mózgowie, tętnica podobojczykowa

L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L31	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	Kategoria II
L33	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	Kategoria I
L35	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	Kategoria II
L39	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	Kategoria II

L Odgałęzienia aorty brzusznej

L43	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	Kategoria II
L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II

L Tętnica biodrowa i tętnica udowa

L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
-----	--	-------------

L54	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	Kategoria II
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III

L Inne tętnice i żyły

L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV
L74	Zespolenie tetniczo-żylne	Kategoria IV
L75	Usunięcie zespolenia tetniczo-żylnego	Kategoria IV
L82	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	Kategoria IV
L90	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	Kategoria III

M Nerki

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III
M09	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	Kategoria III
M15	Zabiegi terapeutyczne nerek z dostępu przez nefrostomię	Kategoria III

M Moczowód

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M20	Ponowne wszczepienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III
M26	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	Kategoria IV
M32	Operacje ujścia moczowodu	Kategoria IV

M Pęcherz moczowy

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M36	Powiększenie pęcherza moczowego	Kategoria II
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV

M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III
M43	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	Kategoria IV
M	Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego, gruczoł krokowy (prostata)	
M51	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	Kategoria III
M56	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	Kategoria IV
M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
M65	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	Kategoria III
M	Cewka moczowa i inne części układu moczowego	
M72	Wycięcie cewki moczowej	Kategoria III
M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
M76	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	Kategoria IV
M81	Operacje ujścia cewki moczowej	Kategoria V
N	Moszna i jądra	
N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N06	Jednostronne usunięcie jądra	Kategoria IV
N07	Wycięcie zmiany jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV
N	Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni)	
N15	Operacje najądrza	Kategoria IV
N17	Wycięcie nasieniowodu	Kategoria V
N18	Operacja naprawcza powróżka nasiennego	Kategoria II
N19	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	Kategoria IV
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V
N	Prącie i inne męskie narządy płciowe	
N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N27	Wycięcie zmiany prącia	Kategoria IV

N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V
N30	Operacje napletka	Kategoria V
P	Srom i krocze kobiece	
P01	Operacje łechtaczki	Kategoria V
P03	Operacje gruczołów Bartholina	Kategoria IV
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany krocza u kobiet	Kategoria V
P	Pochwa	
P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P19	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	Kategoria IV
P20	Wycięcie zmiany pochwy	Kategoria IV
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
P29	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM)	Kategoria IV
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V
Q	Macica	
Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q02	Zniszczenie zmiany szyjki macicy	Kategoria V
Q05	Częściowa amputacja szyjki macicy	Kategoria V
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q09	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	Kategoria III
Q16	Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metodą histeroskopii	Kategoria IV
Q20	Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	Kategoria IV
Q	Jajowód	
Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q24	Całkowite wycięcie jajowodu	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q26	Implantacja protezy jajowodu	Kategoria V

Q27	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V
Q Jajnik		
Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany jajnika	Kategoria III
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V
Q47	Całkowite wycięcie jajnika	Kategoria IV
S Skóra		
S30	Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi	Kategoria IV
S31	Przeszczep skóry w innej okolicy	Kategoria V
T Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona		
T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T07	Otwarte wycięcie opłucnej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T12	Nakłucie opłucnej	Kategoria V
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T Ściana brzucha		
T20	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	Kategoria IV
T21	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T22	Pierwotna operacja przepukliny udowej	Kategoria III
T23	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	Kategoria III
T24	Operacja przepukliny pępkowej	Kategoria IV
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria IV
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III
T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria IV
T29	Operacje pępka	Kategoria III
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV
T Otrzewna		
T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria II

T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV
T Powięź, pochewka ścięgna i kaletka		
T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany powięzi	Kategoria V
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej	Kategoria IV
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV
T Ścięgna i mięśnie		
T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV
T Układ limfatyczny		
T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
T88	Drenaż zmiany węzła chłonnego	Kategoria V
T89	Operacje przewodu limfatycznego	Kategoria II
T94	Operacje kieszonki skrzelowej	Kategoria IV
V Kości i stawy czaszki i twarzy		
V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV
V Kości i stawy kręgosłupa		
V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II

V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V30	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria II
V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V52	Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonane metodą małoinwazyjną	Kategoria IV

W Kości

W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W07	Wycięcie kości ektopowej	Kategoria V
W08	Operacja haluksów	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III

W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

X Operacje dotyczące wielu układów

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X09	Amputacja nogi	Kategoria III
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów

nr OWU/CY12/1/2019 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 5, Art. 11 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów

nr OWU/CY12/1/2019

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

3. Możesz wybrać jeden z 2 dostępnych wariantów ochrony:

Poważne choroby objęte ubezpieczeniem

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

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

Definicje Poważnych chorób

1. **Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:
 - objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
 - wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.
 Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

2. **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

3. **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani
 4. **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

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

 6. **Utrata wzroku:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

 7. **Utrata słuchu:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

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

 9. **Operacja aorty:** operacja chirurgiczna tętniaka aorty, koarktacji aorty lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W rozumieniu niniejszej

definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje chirurgicznego leczenia naczyń obwodowych, nawet jeśli część aorty została usunięta w czasie zabiegu operacyjnego.

Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym operacje przezskórne, nie są również objęte zakresem ubezpieczenia.

10. **Operacja zastawek serca:** przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez Lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.
11. **Schyłkowa niewydolność wątroby:** całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - stałej żółtaczki;
 - wodobrzusza;
 - encefalopatii wątrobowej.Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.
12. **Utrata mowy:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
 - pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg ($pO_2 \leq 55$ mmHg),
 - duszność spoczynkowa.Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.
14. **Stwardnienie rozsiane:** choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza neurologa potwierdzająca stały ubytek neurologiczny z faktycznymi objawami zaburzeń ruchowych lub
- czuciowych występujących nieustannie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza ta musi być poparta: nakłuciem łędźwiowym lub nieprawidłowym wynikiem badania określającego późne potencjały wzrokowe i słuchowe oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzającym istnienie rozszianych ognisk demielinizacji.
15. **Poparzenie trzeciego stopnia:** stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień oparzenia oraz jego zakres.
16. **Niedokrwistość aplastyczna:** przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³;
 - liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³;
 - liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³.Ubezpieczony musi przez okres 3 kolejnych miesięcy być leczony: częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez Lekarza hematologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej.
17. **Choroba Alzheimera:** przewlekła i postępująca degeneracja tkanki mózgowej prowadząca do trwałego ośpienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich. Ubezpieczony musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania przez okres minimum 6 miesięcy przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Diagnoza choroby Alzheimera musi być postawiona przez Lekarza neurologa w oparciu o obowiązujące standardy medyczne jej rozpoznawania. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków ośpienia czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych lub nadużywania alkoholu lub narkotyków.
18. **Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Stan ten charakteryzuje się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego trwającego nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki będącej

wynikiem uzależnienia alkoholowego, narkotykowego oraz śpiączki farmakologicznej.

19. **Choroba Parkinsona:** postępująca zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędne są:

- jednoznacznie postawione rozpoznanie przez Lekarza neurologa, potwierdzone właściwymi dla tej jednostki chorobowej badaniami dodatkowymi oraz
- określenie przez Lekarza niezdolności do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 6 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub toksyny.

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

21. **Zakażenie wirusem HIV:** zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), potwierdzone przez pozytywny wynik dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji oraz przeszczepu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się.

Do uznania przez Nationale-Nederlanden Poważnej choroby niezbędne jest potwierdzenie dokumentacją medyczną, że do zakażenia doszło:

- Podczas przetoczenia zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 180 dni od daty przetoczenia.
- W wyniku przeszczepienia Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
- Podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych, czy osób prowadzących praktykę dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki

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

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

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

22. **Pourazowe uszkodzenie mózgu:** nieodwracalne uszkodzenie (martwica) tkanki mózgowej, do powstania którego doszło w wyniku urazu zewnętrznego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, powodujące nieodwracalne ubytki neurologiczne i trwałe symptomy kliniczne. Skutkiem martwicy tkanki mózgowej musi być niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Niezdolność do ich samodzielnego wykonywania musi być potwierdzona przez Lekarza neurologa. Nieszczęśliwy wypadek to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pourazowego uszkodzenia mózgu.

23. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba:** postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego powodująca w konsekwencji szybko postępujące otępienie, współistniejące ubytki neurologiczne oraz zaburzenia funkcji ruchu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona przez Lekarza neurologa i znajdować potwierdzenie w badaniach klinicznych, EEG oraz badaniach wizualizacyjnych.

24. **Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia):** układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych.

- Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez Lekarza reumatologa lub dermatologa.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea);
 - zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam);
 - eozynofilowego zapalenia powięzi;
 - zespołu CREST.
25. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych:** infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 miesiące od czasu rozpoznania choroby. Rozpoznanie musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego.
26. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi:** miejscowa infekcja tkanki mózgowej prowadząca do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę i potwierdzone wynikami badań obrazowych (CT, MRI). Ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą. Ropień mózgu musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii.
27. **Choroba Leśniowskiego-Crohna:** Ciężka postać tej choroby, w czasie której pomimo stosowania optymalnej metody leczenia utrzymuje się przewlekły proces zapalny jelit powikłana przetokami i zwężeniami jelit. Choroba, której leczenie wymagało wykonania co najmniej dwukrotnej resekcji jelita przeprowadzonej w trakcie różnych operacji (nie mogą być wykonane jednocześnie). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza gastrologa.
28. **Ebola:** zakażenie wirusem Ebola powodujące wystąpienie gorączki krwotocznej Ebola. Obecność wirusa Ebola musi być potwierdzona odpowiednimi testami laboratoryjnymi, zaś samo rozpoznanie choroby postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza chorób zakaźnych. Powikłania przebytej infekcji muszą utrzymywać się powyżej 30 dni od początku choroby.
29. **Słoniowaczna:** masywny obrzęk tkanek ciała, będący skutkiem zastojów chłonki w następstwie zniszczenia naczyń chłonnych, wskutek przewlekłej infekcji nicieniem z gatunku filaria (filariozę). Masywny obrzęk kończyn dolnych, kończyn górnych, moszny, sromu lub piersi musi mieć charakter przewlekły. Infekcja nicieniem (obecność mikrofilarii) musi być potwierdzona wynikami odpowiednich testów laboratoryjnych.
- Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje, wszystkich innych obrzęków chłonnych, w szczególności będących skutkami innych infekcji (w tym przenoszonych drogą płciową), przebytych urazów, następstw procedur medycznych (w tym przebytych operacji i ich powikłań), zastoinowej niewydolności krążenia, wad wrodzonych (w tym patologii układu chłonnego).
30. **Wirusowe zapalenie mózgu:** infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) o ciężkim przebiegu prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przynajmniej 6 tygodni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa. Wirusowe zapalenie mózgu spowodowane wirusem HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
31. **Toczeń rumieniowaty układowy:** choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi dla niej zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. W obrazie krwi muszą być stwierdzone odchylenia hematologiczne, immunologiczne oraz obecność przeciwciał przeciwjądrowych potwierdzające rozpoznanie toczenia. Ponadto konieczne jest stwierdzenie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolność nerek pod postacią:
- stałego utrzymywania się białkomoczu w dobowej zbiórce moczu wyższego niż 0,5 grama/dobę,
 - stałych zaburzeń neurologicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 miesięcy. Objawy występujące tylko okresowo, bóle głowy, zaburzenia psychiczne nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”.
- Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje toczenia rumieniowatego układowego polekowego i toczenia rumieniowatego krążkowego.
32. **Dystrofia mięśniowa:** postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się.
33. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego:** Ciężka postać choroby wymagająca wykonania całkowitej resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii). Rozpoznanie

choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza gastrologa.

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

- Tak, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej umowy nie otrzymałeś wypłaty za żadną z Poważnych chorób wskazanych w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony.
- Tak, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej, także wtedy, gdy w czasie trwania poprzedniej umowy otrzymałeś wypłatę za którąkolwiek z Poważnych chorób wskazanych w wybranym przez Ciebie wariantcie ochrony. W takim przypadku zakres ochrony ulegnie zmianie, zgodnie z załącznikiem do Warunków Umowy dodatkowej (ubezpieczeniem nie będą objęte choroby zaznaczone pomarańczową kropką w wierszu odpowiadającym chorobie, za którą otrzymałeś wypłatę), jednak w Nieprzerwanym okresie ochrony możesz otrzymać maksymalnie 3 wypłaty.
- Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasa z powodu wypłaty za trzecią Poważną chorobę.
- Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

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

- Wysokość wypłaty wskazana jest w poniższej tabeli:

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

Przykład 1

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

Przykład 2

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

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

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

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

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

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

Art. 7 Jakie są Twoje obowiązki?

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

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

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

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

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

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

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

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

Art. 12 Zastosowanie Warunków

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

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Jak czytać tabelę dotyczącą wypłat

W przypadku wystąpienia pierwszej Poważnej choroby, Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze za każdą z chorób wymienionych w pomarańczowej kolumnie tabeli. W przypadku wystąpienia drugiej lub trzeciej Poważnej choroby, ze względu na wystąpienie wcześniejszej Poważnej choroby za którą należy się wypłata, zmniejsza się liczba chorób objętych ubezpieczeniem.

Przykład:

Pierwszą chorobą jest zawał serca.

1 Krok

W pomarańczowej kolumnie znajduje się spis 34 Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem, czyli tych, za które Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze w przypadku wystąpienia pierwszej choroby.

W 15 wierszu znajduje się **zawał serca**, czyli Poważna choroba, która wystąpiła jako pierwsza i za którą Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze.

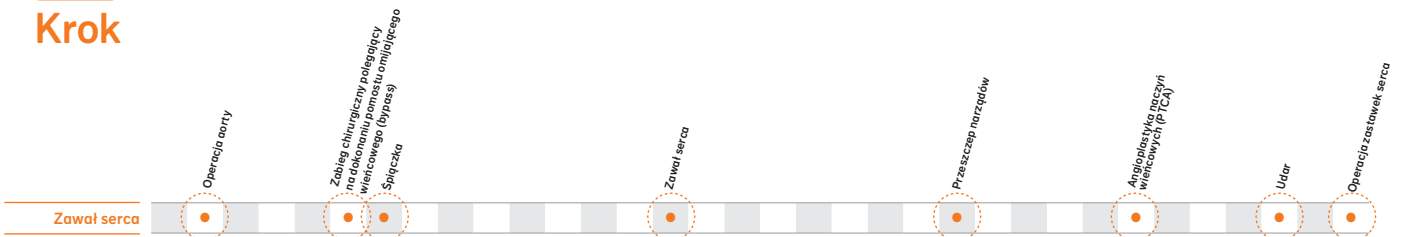
Za każdą z poniższych Poważnych chorób Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze w przypadku pierwszej choroby

- W pomarańczowej kolumnie znajdziesz Poważne choroby, za które Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze.
- Sprawdź, za które Poważne choroby nadal możesz otrzymać wypłatę – w tym samym wierszu oznaczone kolorem białym.
- Jżeli w którymś wierszu z wierszy dotyczących Poważnych chorób, za które otrzymałeś wypłatę, występuje pole kolorem szarego, oznacza to brak możliwości wypłaty za chorobę oznaczoną tym kolorem.

2 Krok

Ze względu na wystąpienie Poważnej choroby, za którą należy się wypłata lista Poważnych chorób, za które Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze przy kolejnym zachorowaniu, zmniejszyła się o 8 chorób.

Choroby te zostały oznaczone pomarańczową kropką w wierszu **zawał serca**.

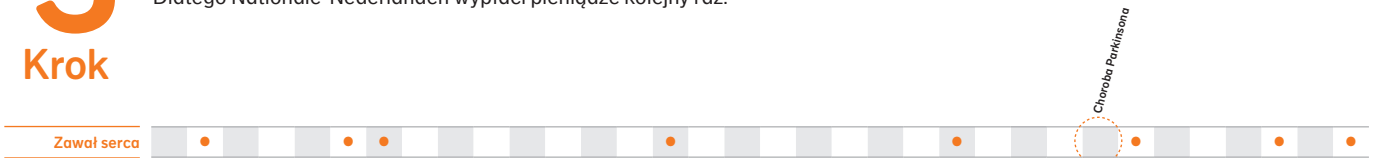


Po jakimś czasie zdiagnozowano kolejną chorobę – tym razem Chorobę Parkinsona.

3 Krok

W wierszu **zawał serca** Choroba Parkinsona nie posiada pomarańczowej kropki, co oznacza, że choroba nadal objęta jest ubezpieczeniem.

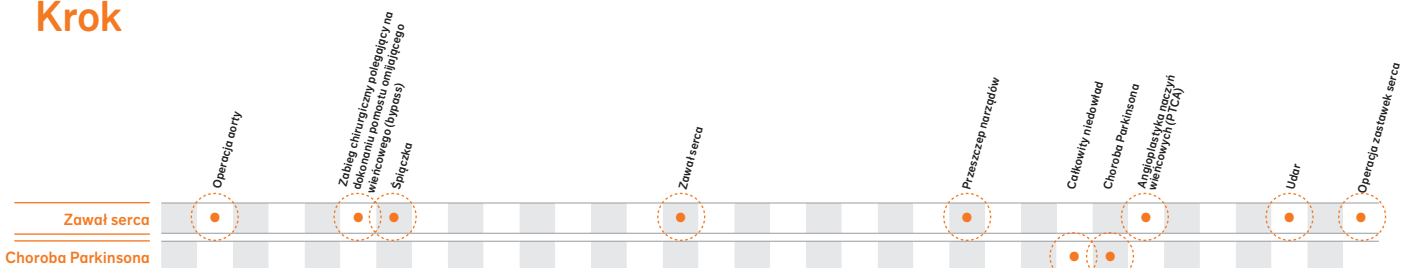
Dlatego Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze kolejny raz.



4 Krok

W wierszu **Choroba Parkinsona** zaznaczone są 2 pola pomarańczową kropką, co oznacza, że ze względu na wystąpienie drugiej Poważnej choroby za którą należy się wypłata zakres chorób objętych ubezpieczeniem zmniejszył się o kolejne 2 choroby.

W związku z wystąpieniem dwóch Poważnych chorób, za które należy się wypłata, zakres ubezpieczenia uległ ograniczeniu w sumie o 10 chorób. 24 choroby są wciąż objęte ubezpieczeniem.



Załącznik do Warunków umowy dodatkowej na wypadek

(sposób czytania tabeli na stronie 56)

Pierwsza Poważna choroba

Druga lub trzecia Poważna choroba

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



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

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

Informacje dotyczące:

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

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 5, Art. 11 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

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

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

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

Art. 5 Jaką kwotę ci wypłacimy jeśli zachorujesz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7 Jakie są twoje obowiązki?

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

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

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

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

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Pieniądzy?

Nie wypłacimy Pieniądzy, jeśli wskazana w Diagnozie choroba:

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

Art. 12 Zastosowanie Warunków

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

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

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

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

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 5, Art. 11 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

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

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

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

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

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

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

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

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

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

Art. 5 Jaką kwotę Ci wypłacimy, jeśli zachorujesz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7 Jakie są Twoje obowiązki?

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

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

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

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

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

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

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Pieniędzy?

Nie wypłacimy Pieniędzy, jeśli wskazana w Diagnozie choroba:

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

Art. 12 Zastosowanie Warunków

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

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

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



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – poważne zachorowania dziecka

nr OWU/CR12/2/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

– poważne zachorowania dziecka

nr OWU/CR12/2/2016

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „Dziecko” – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1. rok życia a nie ukończył 17. roku życia.
 2. „Suma ubezpieczenia” – pieniądze wypłacane w przypadku poważnego zachorowania Dziecka.
 3. „Wady wrodzone” – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
 4. „Nieprzerwany okres ochrony” – okres, w którym udzielamy Dziecku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej – Poważne zachorowania dziecka i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

- b) Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu: astma oskrzelowa rozpoznana w sposób jednoznaczny przez Lekarza pulmonologa spełniająca minimum 3 z podanych poniżej kryteriów:
 - konieczność codziennego przewlekłego stosowania doustnych kortykosterydów przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy, zgodnie z zaleceniem Lekarza,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez Lekarza,
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii Lekarza jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci Dziecka, w przypadku gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci Dziecka),
 - konieczność co najmniej trzech hospitalizacji w roku w ostatnim okresie dwuletnim spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie

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

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte Dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 17. roku życia.
2. Ubezpieczamy zdrowie Dziecka i wypłacimy pieniądze w przypadku następujących poważnych zachorowań Dziecka:
 - a) Nowotwór (guz) złośliwy: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego. Ubezpieczeniem nie są objęte:

- szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow – PEF), określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla Dziecka o tym samym wieku, tej samej płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego zaleconego przez Lekarza pulmonologa stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku,
- przebycie w okresie ostatnich dwóch lat stanu astmatycznego, z powodu którego była konieczna hospitalizacja, w trakcie której Dziecko zostało zaintubowane i stosowano wentylację mechaniczną.
- c) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodująca trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa.
- d) Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu: zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu powodujące istotny i trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa.
- e) Niezłśliwy guz mózgu: wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłśliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarniników, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwiaków mózgu).
- f) Cukrzyca wymagająca leczenia insuliny: przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliny jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliny jest stosowane przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy przed złożeniem wniosku o wypłatę Świadczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez Lekarza endokrynologa.
- g) Niewydolność nerek: schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- h) Przeszczep narządów: przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- i) Sepsa (sepsis): zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą
- krwionośną i charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Ubezpieczenie nie obejmuje zakażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych występujących jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie sepsy powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej ze Szpitala, w którym Dziecko był leczone.
- j) Inwazyjne zakażenie pneumokokowe: pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae* lub *Pneumococcus*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u Dziecka, przebiegające pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ropnia mózgu, zapalenia kości i szpiku (osteomyelitis), zapalenia stawów, wsierdza, osierdza, zapalenia otrzewnej, ucha środkowego, zapalenia płuc oraz sepsy pneumokokowej, pozostawiające trwałe następstwa: całkowitą lub częściową utratę słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenia lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Ubezpieczenie nie obejmuje zakażenia pneumokokowego o lekkim przebiegu, niepowikłanego lub niepozostawiającego trwałych następstw oraz pourazowego wtórnego zakażenia pneumokokowego. Rozpoznanie Inwazyjnego zakażenia pneumokokowego oraz jego trwałych następstw powinno być jednoznacznie potwierdzone diagnozą oraz wynikami badań, w tym bakteriologicznych, zawartych w dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia wydanej przez ośrodek prowadzący leczenie.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

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

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

1. Dziecko nabywa prawo do Sumy ubezpieczenia z chwilą zajścia poważnego zachorowania Dziecka.
2. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Dniem zajścia poważnego zachorowania Dziecka jest:
 - a) dzień postawienia diagnozy przez Lekarza – dla nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego,
 - b) 181. dzień po rozpoczęciu leczenia insulinią zaleconego przez Lekarza – w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insulinią,
 - c) dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w przypadku przeszczepienia narządów.
4. Nationale-Nederlanden wypłaci kwotę równą Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia poważnego zachorowania Dziecka.
5. Wypłata Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej.
6. Ze względu na skutki wypłaty poważne zachorowania Dziecka zostały podzielone na trzy grupy:

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

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

Art. 6 Jakie są obowiązki ubezpieczonego Dziecka?

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

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

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

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

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

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

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

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CB12/1/2022

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 4, Art. 7, Art. 8, Art. 10
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CB12/1/2022

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CB12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CB12/1/2022 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **Nationale-Nederlanden** albo **my** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa dotycząca organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”, zawarta na podstawie niniejszych Warunków Umowy dodatkowej, oznaczona kodem CB12.
- 3) **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej;
Ty również możesz być Ubezpieczonym.
- 4) **Właściciel polisy**” albo „**Ty**” – osoba, która zawarła Umowę z Nationale-Nederlanden i zobowiązała się do opłacania Składki.
- 5) **Suma ubezpieczenia** – kwota, do której będą realizowane łączne świadczenia z Umowy dodatkowej w Nieprzerwanym okresie ochrony z uwzględnieniem limitów opisanych w Art. 8.
- 6) **Składka za Umowę dodatkową** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, wymieniona w Dokumentie ubezpieczenia.
- 7) **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” i wszystkich kolejnych Umów dodatkowych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków Umowy podstawowej i Warunków Umowy dodatkowej.
- 8) **Certyfikat Leczenia** – pisemna zgoda wystawiona przez Partnera assistance w imieniu Nationale-Nederlanden, potwierdzająca organizację i pokrycie wymienionych w nim kosztów Leczenia za granicą oraz pozostałych świadczeń i usług objętych zakresem Umowy dodatkowej.
- 9) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami lokalnego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 10) **Lekarz prowadzący leczenie za granicą** – Lekarz ze Szpitala wskazanego w Certyfikacie Leczenia zajmujący się Ubezpieczonym podczas Leczenia za granicą.
- 11) **Lekarz konsultant** – Lekarz specjalista odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, który współpracuje Partnerem assistance.
- 12) **Stan chorobowy** – Choroba wymieniona w tabeli w Art.2 ust. 2 i 3 objęta ubezpieczeniem, która wystąpiła w Nieprzerwanym okresie ochrony.
- 13) **Stan chorobowy wymagający leczenia** – choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w tabeli w Art. 2 ust. 4 objęte ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
- 14) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków Umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 15) **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.
- 16) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 17) **Partner assistance** – Further Underwriting International SLU, z siedzibą w Madrycie, podmiot współpracujący oraz składający oświadczenia w imieniu Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej.
- 18) **Druga Opinia Medyczna** – opinia sporządzona przez Lekarza konsultanta na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, polegająca na skonsultowaniu rozpoznania Stanu chorobowego

- wymagającego leczenia oraz zawierająca propozycję planu leczenia.
- 19) **Leczenie za granicą** – leczenie Stanu chorobowego wymagającego leczenia, które:
 - a) odbywa się poza Polską w Szpitalu wybranym przez Ubezpieczonego spośród Szpitali rekomendowanych przez Partnera assistance oraz
 - b) jest organizowane przez Partnera assistance na zasadach opisanych w niniejszej Umowie dodatkowej, oraz
 - c) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostało zalecone przez Lekarza konsultanta na podstawie aktualnych badań medycznych i uznane za poprawiające stan zdrowia w ramach planów leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w szczególności z wytycznymi organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) lub ESMO (European Society for Medical Oncology) w przypadku leczenia nowotworów.
 - 20) **Szpital** – podmiot leczniczy, posiadający zgodnie z prawem lokalnym danego kraju, uprawnienia do leczenia Chorób lub urazów ciała, 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.
 - 21) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający zgodnie z wymogami miejscowego prawa, który świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia, zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
 - 22) **Świadczenie** – zakres usług i wydatków realizowanych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej wskazanych w Art. 7.
 - 23) **Okres świadczenia usług** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej w ramach Umowy dodatkowej z tytułu Leczenia za granicą w ramach pierwszego realizowanego świadczenia z danej grupy Stanu chorobowego wymagającego leczenia.
Jeśli na koniec danego Okresu świadczenia usług Ubezpieczony będzie przebywał lub będzie leczony w Szpitalu zgodnie z Certyfikatem Leczenia, to Okres świadczenia usług zakończy się w dniu najbliższego zaplanowanego powrotu do Polski.
Dla każdej grupy Stanu chorobowego wymagającego leczenia obowiązuje odrębny Okres świadczenia usług w ramach realizowanych świadczeń.
 - 24) **Leczenie alternatywne** – systemy, praktyki i produkty medyczne i zdrowotne, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, w tym m.in. akupunktura, aromaterapia, chiropraktyka, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.
 - 25) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów.
 - 26) **Leczenie poszpitalne** – wszelkie badania diagnostyczne, kontrolne wykonywane lub zlecone przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę z zakresu Stanu chorobowego wymagającego leczenia, po zakończeniu Leczenia za granicą w celu monitorowania aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego i zminimalizowania skutków pogorszenia stanu zdrowia, w tym wznowienia lub nawrotu tej samej choroby, powikłań będących następstwem leczenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia. Plan Leczenia poszpitalnego powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą i wskazywać odstępy czasowe i rodzaje procedur diagnostycznych.
 - 27) **Terapia genowa** – postępowanie z wykorzystaniem genów wywołujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, która polega na wprowadzaniu do organizmu genów „rekombinowanych”, zazwyczaj w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób przewlekłych. Gen rekombinowany to stworzony w warunkach laboratoryjnych fragment DNA lub RNA łączący w sobie DNA lub RNA z różnych źródeł.
 - 28) **Somatyczna terapia komórkowa** – postępowanie z wykorzystaniem komórek lub tkanek, które zostały poddane manipulacji w celu zmiany ich właściwości biologicznych lub nie są przeznaczone do tych samych podstawowych funkcji w organizmie. Można je wykorzystywać do leczenia, rozpoznawania i zapobiegania chorobom.
 - 29) **Terapia inżynierii tkankowej** – zawiera komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane tak, by można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub zastąpienia tkanki ludzkiej.
 - 30) **Terapia limfocytami CAR-T (terapia chimerowymi receptorami antygenowymi limfocytów CAR-T)** – rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) zmienia się w warunkach laboratoryjnych tak, by atakowały komórki rakowe. Limfocyty T pobiera się z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodawany jest gen specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem w komórkach nowotworowych pacjenta. Specjalny receptor nazywany jest chimerycznym receptorem antygenowym (CAR). W laboratorium hoduje się dużą liczbę limfocytów CAR-T, które podaje się pacjentowi drogą infuzyjną.
 - 31) **Zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które zgodnie z definicją podaną w „Podręczniku diagnostyczno-statystycznego zaburzeń psychicznych (DSM-5)” są na tyle upośledzające funkcje poznawcze osoby, że jej funkcjonowanie w społeczeństwie nie jest bez leczenia dłużej możliwe.
 - 32) **Lek** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania lub poprawy funkcji fizjologicznych w zdiagnozowanym Staniu chorobowym lub ułatwienia rozpoznania. Lek musi być dostępny wyłącznie na receptę wystawioną przez Lekarza i być dopuszczony do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla odpowiednika tego Leku o tych samych substancjach aktywnych, sile i dawkowaniu.

- 33) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie objawów Choroby lub wystąpienie Stanu chorobowego lub Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętych ochroną w ramach Umowy dodatkowej opisanych w Art. 2 punkt 2, 3 i 4.
- 34) **Trustedoctor** – Trustedoctor z siedzibą w Londynie, podwykonawca Partnera assistance w zakresie realizacji świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej.
- 35) **Portal Dbamy bez granic** – platforma internetowa pod adresem www.dbamybezgranic.pl, dostarczona i zarządzana przez Partnera assistance i współpracującą z nim firmę Trustedoctor w celu wspierania realizacji świadczeń, z której korzystać może Ubezpieczony objęty ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
- 36) **Wirtualna Konsultacja** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Art. 7 realizowane wyłącznie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
- 37) **Przewodnik Pacjenta** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Art. 7 realizowane wyłącznie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
- 38) **Siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec.
- 39) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
- Dla świadczenia Wirtualnej Konsultacji dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień wystąpienia objawów Choroby, uzasadniających wykonanie Wirtualnej Konsultacji;
 - Dla świadczenia Przewodnika Pacjenta jest dzień postawienia przez Lekarza diagnozy jednostki chorobowej objętej zakresem tego świadczenia;
 - Dla świadczenia organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za granicą:
 - w przypadku nowotworów – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - w przypadku zabiegu dotyczącego chorób neurologicznych lub kardiologicznych – dzień, w którym Lekarz pisemnie zalecił Ubezpieczonemu przeprowadzenie operacji,
 - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień, w którym Lekarz zalecił konieczność przeprowadzenia przeszczepu.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która:
 - a. ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 66. roku życia oraz
 - b. w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ma stałe miejsce zamieszkania na terytorium Polski.

2. Stany chorobowe objęte ubezpieczeniem w zakresie

Wirtualnej Konsultacji:

Grupa 1 Nowotwory	Grupa 2 Choroby sercowo-naczyniowe
1. Badania w kierunku wystąpienia Nowotworów złośliwych.	1. Badanie w kierunku stwierdzenia choroby wieńcowej I20-I25 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
2. Badania w kierunku wystąpienia Nowotworów in-situ.	2. Badanie w kierunku stwierdzenia niewydolności serca I50 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
3. Badania w kierunku wystąpienia Zmian przednowotworowych w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	3. Badanie w kierunku stwierdzenia arytmii serca I49, I39, I35, I08 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
Grupa 3 Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego	Grupa 4 Przeszczepty
1. Badanie stanu chorobowego wpływającego na strukturę ciała w obrębie czaszki, dla którego wskazana może być operacja.	1. Badanie stanu chorobowego, w przypadku którego przeszczep narządu od żywego dawcy można uznać za opcję terapeutyczną.
2. Badanie w kierunku obecności łagodnego guza w rdzeniu kręgowym.	2. Badanie stanu chorobowego, w przypadku którego przeszczep szpiku kostnego można uznać za opcję terapeutyczną.
3. Stany chorobowe objęte ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta:	
Grupa 1 Nowotwory z wyłączeniem nowotworów opisanych w lit a) poniżej	Grupa 2 Choroby sercowo- naczyniowe z wyłączeniem chorób opisanych w lit b) poniżej
1. Nowotwory złośliwe.	1. Choroba wieńcowa I20-I25 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
2. Nowotwory in-situ.	2. Niewydolność serca I50 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10

3. Zmiany przednowotworowe w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	3. Arytmia serca I49, I39, I35, I08 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
---	--

Grupa 3 Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego	Grupa 4 Przeszczepty z wyłączeniem przeszczepów opisanych w lit d) poniżej
1. Zalecenie wykonania operacji mózgu.	1. Zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żyjącego dawcy.
2. Zalecenie wykonania operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.	2. Zalecenie wykonania Przeszczepu szpiku kostnego.

Definicje Stanów chorobowych z Grupy 1 Nowotwory i Grupy 4 Przeszczepty zawarte są w punkcie 4 poniżej.

4. Stany chorobowe wymagające leczenia objęte ubezpieczeniem w zakresie Leczenia za granicą:

Grupa 1 Nowotwory z wyłączeniem nowotworów opisanych w lit a) poniżej	Grupa 2 Choroby sercowo- -naczyniowe z wyłączeniem chorób opisanych w lit b) poniżej
1. Nowotwory złośliwe.	1. Zalecenie wykonania Operacji pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego),
2. Nowotwory in-situ.	2. Zalecenie wykonania Wymiany lub naprawy zastawki serca.
3. Zmiany przednowotworowe w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	

Grupa 3 Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego	Grupa 4 Przeszczepty z wyłączeniem przeszczepów opisanych w lit d) poniżej
1. Zalecenie wykonania operacji mózgu.	1. Zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żyjącego dawcy.
2. Zalecenie wykonania operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.	2. Zalecenie wykonania Przeszczepu szpiku kostnego.

Definicje Stanów chorobowych wymagających leczenia:

a) **Nowotwory:**

1. **Nowotwory złośliwe**, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujące się niekontrolowanym wzrostem, rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek i inwazją tkanek;

2. **Nowotwory in situ** ograniczone do nabłonka, z którego pochodzą i nie naciekające zrębu lub otaczających je tkanek;
3. Wszelkie **przednowotworowe zmiany** w komórkach, sklasyfikowane cytologicznie lub histologicznie jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- Nowotwory współistniejące z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- Nieczerniakowe nowotwory skóry niesklasyfikowane histologicznie jako powodujące inwazję poza naskórek (zewnątrzną warstwę skóry).
- Każde leczenie obejmujące terapię limfocytami CAR-T.

b) **Choroby sercowo-naczyniowe:**

1. **Operacja pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego)** – poddanie się zgodnie z zaleceniem Lekarza operacji skorygowania zwężenia lub blokady jednej lub kilku tętnic wieńcowych przy użyciu pomostów.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są choroby wieńcowe leczone technikami innymi niż pomostowanie tętnic wieńcowych, takie jak: angioplastyka, stenty lub jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

2. **Wymiana lub naprawa zastawki serca**
Inwazyjna wymiana lub naprawa jednej lub więcej zastawek serca, niezależnie od tego, czy przeprowadza się ją zgodnie z zaleceniem Lekarza z otwarciem klatki piersiowej, czy minimalnie inwazyjną metodą lub za pomocą cewnika sercowego.

c) **Neurochirurgia:**

Chirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego obejmująca:

- w zakresie operacji mózgu: dowolną interwencję chirurgiczną mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych;
- w zakresie operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego: leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym (medulla spinalis).

d) **Przeszczepty:**

1. **Przeszczep narządu od żyjącego dawcy** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje od innego żyjącego zgodnego dawcy nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- a) wszelkie przeszczepy wynikające z alkoholowej choroby wątroby,
- b) wszelkie przeszczepy przeprowadzane w obrębie tego samego organizmu,
- c) wszelkie przeszczepy, w których Ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej
- d) wszelkie przeszczepy od martwego dawcy,
- e) wszelkie przeszczepy narządów obejmujące leczenie komórkami macierzystymi,
- f) przeszczepy możliwe dzięki zakupowi organów od dawców.

2. **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (BMT) lub komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączony jest przeszczep krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z użyciem krwi pępowinowej.

5. Nasza odpowiedzialność dotyczy wyłącznie Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Nieprzerwanym okresie ochrony. W okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach pierwszej Umowy dodatkowej udzielamy ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem. Tego ograniczenia nie stosujemy w razie każdego kolejnego przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 3 W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek i wieku Ubezpieczonego z uwzględnieniem przyjętej częstotliwości opłacania składki.
2. Wysokość Składki za Umowę dodatkową, z uwzględnieniem udzielonych rabatów, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 4 W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie Twojego wniosku, za zgodą Ubezpieczonego, po akceptacji przez Nationale-Nederlanden i po opłaceniu należnej Składki.
2. Umowę dodatkową zawieramy na okres:
 - a) 1 roku albo
 - b) do najbliższej Roczniczy polisy następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową albo w czasie trwania Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 2 b).

4. Umowa dodatkowa jest zawierana na okres maksymalnie do pierwszej Roczniczy polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66 lat.
5. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
6. Przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej możemy zwrócić się do Ciebie lub osoby, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową z prośbą o:
 - a. podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
 - b. poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych przez nas Placówkach medycznych.
7. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ubezpieczonego o braku możliwości zawarcia Umowy dodatkowej.
8. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeśli nie dojdzie do przedłużenia Umowy dodatkowej,
 - d) z dniem realizacji świadczenia, którego koszt po uwzględnieniu kosztów świadczeń zrealizowanych łącznie w Nieprzerwanym okresie ochrony osiągnie wartość Sumy ubezpieczenia,
 - e) z dniem, w którym Ubezpieczony zmienił miejsce zamieszkania na miejscowość położoną poza Polską.

Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej możemy zaproponować Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Wraz z propozycją przedłużenia przekazemy także informację o wysokości Składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na okres 1 roku.
4. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na podstawie tych samych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej na podstawie których została zawarta.
5. Jeśli Właściciel polisy nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej, w sposób opisany poniżej, ochrona z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej zacznie się kolejnego dnia po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
6. Nie zaoferujemy przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli wygasa ona z powodu zrealizowania Świadczeń łącznie na kwotę równą Sumie ubezpieczenia.
7. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaze Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 6 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

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

Art. 7 Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonemu?

WIRTUALNA KONSULTACJA

1. Z chwilą rozpoczęcia badań w kierunku wykrycia jednego ze Stanów chorobowych wskazanych w Art. 2 punkt 2 Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z Wirtualnej Konsultacji.
2. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji polega na skonsultowaniu za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic podejrzenia wystąpienia Stanu chorobowego wskazanego w Art. 2 punkt 2.
3. W ramach tego świadczenia Ubezpieczony ma prawo w każdym Roku polisowym do 2 konsultacji w odniesieniu do każdej z Grup wymienionych Stanów chorobowych, ze specjalistą z odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, przy czym mogą to być:
 - 2 konsultacje ze specjalistą krajowym lub
 - 1 konsultacja ze specjalistą krajowym i 1 konsultacja ze specjalistą międzynarodowym.
4. Prawo do świadczenia Wirtualnej Konsultacji przysługuje w Nieprzerwanym okresie ochrony. W przypadku rozpoczęcia realizacji świadczenia Leczenia za granicą prawo do świadczenia Wirtualnej Konsultacji w zakresie tego samego stanu chorobowego jest zawieszane do czasu wygaśnięcia Okresu świadczenia usług.

PRZEWODNIK PACJENTA

5. Z chwilą stwierdzenia Stanu chorobowego wskazanego w Art. 2 punkt 3 Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia Przewodnik Pacjenta.
6. Świadczenie Przewodnik Pacjenta polega na udzieleniu Ubezpieczonemu za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic odpowiedzi na pytania związane ze zdiagnozowanym Stanem chorobowym.
7. Świadczenie Przewodnik Pacjenta obejmuje rozmowę wideo z asystentem pacjenta, a następnie raport informujący Ubezpieczonego o wiarygodnych źródłach

informacji na temat poruszanych podczas rozmowy wideo tematów.

8. W ramach tego świadczenia Ubezpieczony ma prawo w każdym Roku polisowym do 2 konsultacji w odniesieniu do każdej z Grup wymienionych Stanów chorobowych.
9. Prawo do świadczenia Przewodnik Pacjenta przysługuje w Nieprzerwanym okresie ochrony.

LECZENIE ZA GRANICĄ

10. Z chwilą stwierdzenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia wskazanego w Art. 2 punkt 4 Ubezpieczony nabywa prawo do następujących świadczeń:
 - a. Druga Opinia Medyczna przed rozpoczęciem Leczenia za granicą
 - b. Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą,
 - c. Pokrycie kosztów leczenia po Leczeniu za granicą.
11. **Świadczenie Drugiej Opinii Medycznej** polega na przygotowaniu przez Lekarza konsultanta opinii medycznej dotyczącej Stanu chorobowego wymagającego leczenia na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W tym celu Ubezpieczony dostarcza do nas zgromadzoną dokumentację medyczną, którą tłumaczymy na język, którym posługuje się Lekarz konsultant.
12. Lekarz konsultant przygotowuje opinię dotyczącą postawionej uprzednio przez Lekarza diagnozy na bazie dokumentacji medycznej, na podstawie której została ona postawiona oraz proponuje plan leczenia. Opinię tę tłumaczymy na język polski i przekazujemy Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej wraz z załączoną do niego dokumentacją.
13. Jeżeli w powyższym terminie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii z uwagi na brak niezbędnej do realizacji świadczenia dokumentacji wskazanej w pkt 12, to zostanie ona przekazana Ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, jej przygotowanie będzie możliwe.
14. W przypadku, gdy Lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż ta, która wynika z dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej zapewniamy organizację i pokrycie kosztów sporządzenia dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski.
15. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej Opinii Medycznej. Jeśli jednak Ubezpieczony wystąpił o Drugą Opinię Medyczną przed rozpoczęciem Leczenia za granicą, to nie rozpoczniemy organizacji leczenia do czasu sporządzenia tej opinii.
16. **Świadczenie organizacji i pokrycia kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą** polega na organizacji przez nas i pokryciu kosztów medycznych Leczenia za granicą powstałych w związku z leczeniem Ubezpieczonego oraz organizacji przez nas i pokryciu kosztów niemedycznych powstałych w związku z podróżą i zakwaterowaniem Ubezpieczonego, jego osoby towarzyszącej

i ewentualnie żywego dawcy za granicą w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do leczenia na warunkach określonych w Certyfikacie Leczenia. W ramach Umowy dodatkowej pokryjemy do wysokości wskazanej w Art.8:

A. Koszty medyczne jakimi są:

a. Koszty poniesione przez Placówkę medyczną w zakresie:

- zakwaterowania, wyżywienia i ogólnej opieki pielęgniarskiej w czasie pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale Szpitala lub też na oddziale intensywnej terapii lub obserwacji;
- innych usług Placówki medycznej (w tym tłumacza medycznego) wynikających z przyjętego planu leczenia zawartego w Certyfikacie Leczenia, a także kosztów dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej, o ile Placówka medyczna świadczy taką usługę;
- korzystania z sali operacyjnej i wszelkich związanych z tym usług.

b. Koszty poniesione przez Lekarza w zakresie badania, leczenia, opieki medycznej lub operacji, zgodnie z Certyfikatem Leczenia.

c. Koszty poniesione w związku z wizytami lekarskimi w czasie hospitalizacji.

d. Koszty poniesione w związku z następującymi usługami medycznymi, zabiegami lub receptami:

- znieczulenie i podawanie środków znieczulających przez Lekarza anesteziologa;
- analizy laboratoryjne, badania patologiczne i prześwietlenia rentgenowskie poprzedzające leczenie, radioterapia, izotopy promieniotwórcze, chemioterapia, elektrokardiogramy, echokardiografia, mielogramy, elektroencefalogramy, angiogramy, tomografia komputerowa i inne podobne badania i zabiegi wymagane przy leczeniu Stanu chorobowego wymagającego leczenia, o ile są one wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem lekarskim;
- transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy;
- podawanie tlenu, stosowanie roztworów dożylnych i zastrzyków;
- radioterapia: promieniowanie wysokoenergetyczne mające na celu zmniejszenie guzów i zabicie komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami to rodzaje promieniowania stosowanego w leczeniu nowotworów, pochodzącego od urządzeń znajdujących się poza organizmem (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub od materiałów radioaktywnych umieszczonych w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);

• chirurgia rekonstrukcyjna mająca na celu naprawę lub odbudowę struktur uszkodzonych lub usuniętych w czasie wykonywania procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach Umowy dodatkowej.

• leczenie powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi w ramach Umowy dodatkowej, które:

1. wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub klinice oraz
2. należy przeprowadzić przed wydaniem zaświadczenia stwierdzającego zdolność Ubezpieczonego do podróży związanej z jego powrotem do Polski po zakończeniu etapu Leczenia za granicą.

e. Koszty poniesione w związku z:

- Lekami podawanymi z przepisu Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w czasie hospitalizacji Ubezpieczonego związanej z leczeniem Stanu chorobowego wymagającego leczenia.
- Lekami przepisnymi przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą na okres nie dłuższy niż 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego etapu Leczenia za granicą, o ile zostały one zakupione przed jego powrotem do Polski.

f. Koszty poniesione w związku z transferami i transportem sanitarnym drogą lądową lub powietrzną, o ile zaleci go Lekarz prowadzący leczenie za granicą.

g. Koszty poniesione w związku z usługami świadczonymi na rzecz żyjącego dawcy w trakcie pobierania przeszczepianego Ubezpieczonemu narządu, obejmującymi:

- koszty analizy i badań mających na celu wyszukanie wśród członków rodziny Ubezpieczonego odpowiedniego dawcy;
- usługi szpitalne świadczone na rzecz dawcy, w tym zakwaterowanie w sali, na oddziale lub w sekcji Szpitala, wyżywienie, ogólne usługi pielęgniarskie, regularną obsługę ze strony personelu szpitalnego, badania laboratoryjne oraz korzystanie z urządzeń i innego wyposażenia Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów użytku osobistego, które nie są potrzebne przy usuwaniu narządu lub tkanki do przeszczepu);
- usługi chirurgiczne i medyczne związane z pobraniem narządu lub tkanki dawcy do przeszczepienia Ubezpieczonemu.

h. Koszty poniesione z tytułu usług i dostawy materiałów do posiewów szpiku kostnego związanych z przeszczepieniem Ubezpieczonemu tkanki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie koszty poniesione od dnia wystawienia Certyfikatu Leczenia.

- B. Koszty niemedyczne, jakimi są:
- a. Koszty podróży Ubezpieczonego, jednej towarzyszącej mu osoby i ewentualnie żyjącego dawcy w związku z Leczeniem za granicą dotyczące:
- transportu spod adresu stałego miejsca zamieszkania na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy;
 - biletu kolejowego lub lotniczego w klasie ekonomicznej do miasta, w którym odbywać się będzie leczenie, i transportu do wyznaczonego hotelu;
 - transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala, na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy.
 - biletu kolejowego lub lotniczego w klasie ekonomicznej i późniejszego transportu do miasta, w którym Ubezpieczony posiada stałe miejsce zamieszkania.

Objęte Umową dodatkową koszty podróży nie obejmują regularnych transferów z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

- b. Koszty zakwaterowania Ubezpieczonego oraz jednej towarzyszącej mu osoby oraz ewentualnie żyjącego dawcy w przypadku przeszczepu w czasie Leczenia za granicą.

Zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania poza Polską pod warunkiem, że jedynym celem podróży jest poddanie się Leczeniu za granicą zgodnie z wydanym przez Partnera assistance Certyfikatem Leczenia. Zajmujemy się organizacją zakwaterowania w ramach każdej objętej Umową dodatkową podróży, w związku z czym nie zwrócimy kosztów zakwaterowania, które zorganizował we własnym zakresie Ubezpieczony lub inna osoba w jego imieniu.

Na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia ustalamy terminy rezerwacji zakwaterowania w ramach każdej podróży objętej Umową dodatkową. Ubezpieczony zostanie o nich poinformowany z odpowiednim wyprzedzeniem, tak by mógł dokonać wszelkich niezbędnych przygotowań. Dla każdej objętej Umową dodatkową podróży ustalimy datę powrotu, o ile Lekarz prowadzący leczenie za granicą uzna Ubezpieczonego za zdolnego do podróży.

Nie pokryjemy kosztów zmiany terminów ustalonych przez nas podróży i rezerwacji oraz kosztów podróży i rezerwacji w przypadku dokonania takich zmian przez Ubezpieczonego lub inną osobę w jego imieniu.

Zasady organizacji zakwaterowania:

- Rezerwujemy pokoje dwuosobowe z pojedynczymi lub podwójnymi łóżkami w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem. Wybór hotelu będzie uzależniony od dostępności i bliskości Szpitala lub Lekarza prowadzącego w promieniu 10 km.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wyżywienia (poza śniadaniem zapewnionym przez hotel) i poniesionych w hotelu kosztów dodatkowych. Ubezpieczony, osoba towarzysząca i ewentualny żyjący dawca nie może zmieniać standardu hotelu, nawet dopłacając do różnicy w kosztach.

- c. Koszty repatriacji

Jeśli w trakcie Leczenia za granicą Ubezpieczony, a w przypadku przeszczepu żyjący dawca, umrze poza Polską, pokryjemy koszty repatriacji zwłok zmarłego do Polski.

Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie usług i świadczeń, które są niezbędne, by zwłoki zmarłego przygotować i przewieźć do Polski, w tym:

- Usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się repatriacją międzynarodową, w tym balsamowanie i wszelkie formalności administracyjne.
- Trumna przewozowa.
- Transport zwłok zmarłego z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku w Polsce.

- d. Świadczenie pieniężne w czasie Leczenia za granicą

Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne za każdy dzień pobytu w Szpitalu o ile był on połączony z noclegiem, w wysokości i w limicie wskazanym w Art. 8.

17. **Świadczenie pokrycia kosztów leczenia po Leczeniu za granicą** polega na pokryciu przez nas kosztów Leków oraz pokryciu kosztów Leczenia poszpitalnego po Leczeniu za granicą po powrocie Ubezpieczonego do Polski. W ramach Umowy dodatkowej pokryjemy do wysokości wskazanej w Art. 8:

- A. Koszty Leków zalecanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w związku z kontynuacją leczenia Ubezpieczonego po zakończeniu Leczenia za granicą, a przepisanych przez Lekarza leczącego Ubezpieczonego w Polsce, jeśli spełnione zostaną poniższe warunki:
- Lek został dopuszczony do obrotu i jest zatwierdzony przez właściwy organ lub instytucję nadzoru w Polsce, a jego

przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami prawa oraz

- Lek jest dostępny w sprzedaży w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
- Lek w Polsce wydaje się z przepisu Lekarza, oraz
- Zgodnie z rekomendacjami Lekarza prowadzącego leczenie za granicą Lek jest niezbędny do kontynuacji leczenia danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, oraz
- Lek jest podawany po Leczeniu za granicą, jeżeli Ubezpieczony spędził w Szpitalu co najmniej trzy noce objęte zakresem ochrony ubezpieczeniowej, oraz
- Recepta nie przekracza dawki przyjmowanej przez 3 miesiące, oraz
- Recepta jest wystawiona przed końcem danego Okresu świadczenia usług.

Zakup Leku na terytorium Polski organizuje i opłaca bezpośrednio Ubezpieczony. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty Leku po otrzymaniu stosownej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty. Zwrócimy kwotę, jaką bezpośrednio uiszczył Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania zakupu Leków przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

Jeśli zalecany Lek lub jego równoważny odpowiednik o podobnej skuteczności:

- nie został dopuszczony do obrotu lub nie został zatwierdzony w Polsce lub
- nie jest dostępny w sprzedaży lub dla Ubezpiezonego w Polsce oraz
- wszystkie pozostałe warunki, o których mowa w art. 7 punkt 17A, pozostają spełnione, zwrócone zostaną także koszty Leku zakupionego lub podanego poza Polską. W takim przypadku zorganizujemy dla Ubezpiezonego i jego osoby towarzyszącej niezbędny transport i zakwaterowanie poza Polską.

- B. Koszty Leczenia poszpitalnego, jakie Ubezpieczony kontynuował w Polsce po zakończeniu Leczenia za granicą, jeśli spełnione zostaną następujące warunki:
- Leczenie poszpitalne miało miejsce w jednym ze wskazanych przez Partnera assistance Szpitali oraz
 - Leczenie poszpitalne jest dostępne w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
 - Leczenie poszpitalne jest zgodne z zaleceniami Lekarzy prowadzących leczenie za granicą włączając w to zalecane badania kontrolne, oraz
 - faktury z tytułu Leczenia poszpitalnego zostały wystawiane przed końcem danego Okresu świadczenia usług.

Leczenie poszpitalne na terytorium Polski organizuje i opłaca Ubezpieczony. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty Leczenia poszpitalnego po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu zapłaty.

W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Leczenia poszpitalnego w Polsce, zasygnalizują w oparciu o zmieniający się stan zdrowia Ubezpiezonego, konieczność zastosowania innych wytycznych dotyczących Leczenia poszpitalnego niż te, które pierwotnie wydał Lekarz prowadzący leczenie za granicą, prześlemy mu je do zatwierdzenia, a po zatwierdzeniu potwierdzimy zwrot tych kosztów według nowo przyjętych wytycznych.

Zwrócimy kwotę, jaką bezpośrednio uiszczył Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania Leczenia poszpitalnego przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

Na wniosek Ubezpiezonego, możemy również zatwierdzić i zorganizować Leczenie poszpitalne poza granicami Polski. W takim przypadku:

- Leczenie poszpitalne będzie wykonywane przez Lekarzy prowadzących leczenie za granicą lub ich zespół medyczny.
- Pokryjemy bezpośrednio medyczne koszty tych konsultacji i badań diagnostycznych.
- Dla Ubezpiezonego i jego osoby towarzyszącej zorganizujemy niezbędny transport i zakwaterowanie.

18. Świadczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej realizujemy w walucie euro, z zastrzeżeniem punktu 19, 20 i 21.
19. Wszelkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
20. Dienne świadczenie szpitalne realizujemy w euro na rachunek bankowy Ubezpiezonego. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
21. Zwrot kosztów zakupu Leków w Polsce oraz zwrot kosztów Leczenia poszpitalnego w Polsce realizujemy w złotych na rachunek bankowy Ubezpiezonego.
22. Po upływie Okresu świadczenia usług dla Stanu chorobowego wymagającego leczenia z danej grupy ochrona ubezpieczeniowa dla Stanów chorobowych wymagających leczenia w tej grupie wygasa.

Art. 8 Jaka jest Suma ubezpieczenia i limity na poszczególne Świadczenia?

1. Limit świadczeń w zakresie WIRTUALNEJ KONSULTACJI i PRZEWODNIKA PACJENTA

Świadczenia	Limit świadczeń
Wirtualna Konsultacja	<ul style="list-style-type: none">• 2 konsultacje na Rok polisowy ze specjalistą krajowym lub• 1 konsultacja na Rok polisowy ze specjalistą krajowym i 1 konsultacja na Rok polisowy ze specjalistą międzynarodowym dla podejrzenia jednego Stanu chorobowego objętego zakresem świadczenia Wirtualna Konsultacja
Przewodnik Pacjenta	2 porady na Rok polisowy dla jednego Stanu chorobowego objętego zakresem świadczenia Przewodnik Pacjenta

2. Suma ubezpieczenia i limity dotyczące LECZENIA ZA GRANICĄ:

1. Suma ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia
Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej na łączne świadczenia dla Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i żyjącego dawcy w Nieprzerwanym okresie ochrony	2 000 000 euro

2. Limity dotyczące poszczególnych świadczeń:

Świadczenia	Limit świadczeń
Druga Opinia Medyczna	1 opinia medyczna dla jednego Stanu chorobowego wymagającego leczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – koszty medyczne	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – transport	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – zakwaterowanie	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – repatriacja	Do wysokości Sumy ubezpieczenia

Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – dzienne świadczenie szpitalne	100 euro za każdy dzień pobytu w Szpitalu w czasie Leczenia za granicą za maksymalnie 60 dni pobytu w Szpitalu w przypadku jednego Stanu chorobowego wymagającego leczenia
Pokrycie kosztów po Leczeniu za granicą	Maksymalnie 50 000 euro

Art. 9 Co należy zrobić abyśmy zrealizowali świadczenie?

ŚWIADCZENIE WIRTUALNEJ KONSULTACJI

1. Aby zrealizować Świadczenie Wirtualnej Konsultacji musimy zostać poinformowani poprzez Portal Dbamy bez granic o podejrzeniu wystąpienia Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Wirtualnej Konsultacji. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie www.dbamybezgranicy.pl, do czego niezbędne jest podanie adresu e-mail.
2. Do realizacji świadczenia potrzebujemy następującej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego:

Grupa 1

W przypadku stanów chorobowych z grupy 1 potrzebne będą:

- Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (inaczej: zielona karta DiLO) lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia nowotworu lub dokumentująca badanie obecności nowotworu.

Grupa 2

- W przypadku chorób sercowo-naczyniowych grupy 2 potrzebne będą:
Szybkie skierowanie (cito) do kardiologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiającego badanie w kierunku diagnozy stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia

lub

- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

Przedłożone dokumenty będą musiały stanowić odniesienie do odpowiedniego kodu ICD wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazanego w Art. 2 punkt 2.

Grupa 3

W przypadku neurochirurgii grupy 3 potrzebne będą:

- skierowanie do poradni neurochirurgicznej od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiającego badanie stanu chorobowego
- lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

Grupa 4

W przypadku przeszczepów grupy 4 potrzebne będą:

- skierowanie do lekarza transplantologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie stanu stanów chorobowych objętych zakresem lub
 - dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych
-

3. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji zrealizowane zostanie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
4. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji realizowane jest w języku polskim.

ŚWIADCZENIE PRZEWODNIK PACJENTA

5. Aby zrealizować Świadczenie Przewodnik Pacjenta musimy zostać poinformowani poprzez Portal Dbamy bez granic o zajściu Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie www.dbamybezgranic.pl, do czego niezbędne jest podanie adresu e-mail.
 6. Do realizacji świadczenia potrzebujemy następującej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego:
-

Grupa 1

W przypadku stanów chorobowych z grupy 1 potrzebne będą:

- Wynik badania histopatologicznego wraz z diagnozą onkologa. W przypadku braku możliwości pobrania materiału do takiego badania potrzebne będą wyniki badań fizykalnych, laboratoryjnych lub obrazowych, na podstawie których onkolog postawił diagnozę.
-

Grupa 2

W przypadku chorób sercowo-naczyniowych grupy 2 potrzebne będą:

- Dokumentacja medyczna wraz z pisemną diagnozą sporządzoną przez kardiologa.

Przedłożone dokumenty będą musiały stanowić odniesienie do odpowiedniego kodu ICD wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazanego w Art. 2 punkt 3.

Grupa 3

W przypadku neurochirurgii grupy 3 potrzebne będą:

- Pisemne wskazanie od Lekarza do przeprowadzenia operacji mózgu lub operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.
-

Grupa 4

W przypadku przeszczepów grupy 4 potrzebne będą:

Pisemne wskazanie od Lekarza do przeprowadzenia:

- przeszczepu narządu od żywego dawcy
 - przeszczepu szpiku kostnego
-

7. Świadczenie Przewodnika Pacjenta zrealizowane zostanie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
8. Świadczenie Przewodnika Pacjenta realizowane jest w języku polskim.

ŚWIADCZENIE LECZENIA ZA GRANICĄ

9. Aby zrealizować Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętego ubezpieczeniem. W celu skorzystania ze świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej powinniśmy zgłosić ten fakt:
 - a) poprzez Portal Dbamy bez granic www.dbamybezgranic.pl po uprzedniej rejestracji, do czego niezbędny jest adres e-mail Ubezpieczonego lub
 - b) mailowo na adres dbamybezgranic@trustedoctor.com, lub
 - c) pisemnie na adres Trustedoctor Ltd, ul. Półwiejska 47, 61-886 Poznań, lub
 - d) osobiście w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden.
10. W przypadku realizacji świadczenia poprzez Portal Dbamy bez granic kontakt i wymiana korespondencji nastąpi drogą elektroniczną, o ile przepisy prawa nie narzucają obowiązku dostarczenia korespondencji pisemnej.
11. Do realizacji świadczenia potrzebujemy dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu Ubezpieczonego lub Lekarza, Szpitala lub innych Placówek medycznych odpowiedzialnych za leczenie do dnia zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
12. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej powiadomimy Ubezpieczonego, czy zdarzenie jest objęte ochroną ubezpieczeniową oraz o tym, czy dla tego zdarzenia rozpoczął się Okres świadczenia usług. Jeśli Ubezpieczony będzie chciał rozważyć Leczenie za granicą, otrzyma listę polecanych Szpitali, spośród których wybierze jeden, w którym przeprowadzone będzie Leczenie za granicą.
13. Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o poddaniu się Leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z listy Szpitali polecanych do leczenia poczynimy niezbędne przygotowania logistyczne i medyczne dla prawidłowego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala. Nasz Partner assistance wyda Certyfikat Leczenia, który jest ważny tylko dla Leczenia za granicą w wybranym przez Ubezpieczonego Szpitalu.
14. Lista zalecanych Szpitali oraz Certyfikat Leczenia wydawane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili ich wystawienia. Ponieważ stan zdrowia Ubezpieczonego może z czasem się zmienić, oba dokumenty są ważne przez trzy miesiące.
15. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wybierze Szpitala z listy zalecanych Szpitali lub nie rozpocznie leczenia w zatwierdzonym Szpitalu wskazanym w Certyfikacie Leczenia w ciągu trzech miesięcy od jego wystawienia, to na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego mogą zostać wydane zaktualizowane wersje tych dokumentów.
16. Zorganizujemy proces Leczenia za granicą i przejmemy koszty objęte zakresem Umowy dodatkowej oraz podejmiemy niezbędne starania związane z organizacją podróży i zakwaterowania,

o których mowa w Art. 7 z zastrzeżeniem ograniczeń, wyłączeń i warunków wyszczególnionych w Art. 7, 8 i 10.

17. W przypadku, gdy powrót do Polski po zakończeniu Leczenia za granicą nastąpi przed końcem Okresu świadczenia usług przedstawimy Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące korzystania ze świadczeń po powrocie z Leczenia za granicą. Wytyczne te będą oparte na zaleceniach Lekarzy prowadzących leczenie za granicą i objęte są zakresem Świadczenia pokrycia kosztów leczenia po Leczeniu za granicą.
18. Zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego po Leczeniu za granicą może spowodować, że konieczne będzie przeprowadzenie nowej oceny dotyczącej dalszego leczenia Ubezpieczonego. Jeśli nie upłynął Okres świadczenia usług dla danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, Ubezpieczony będzie mógł skontaktować się z nami w celu weryfikacji tej oceny, w oparciu o aktualny stan zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy potwierdzimy, że dalsze leczenie jest wymagane, Partner assistance wystawi nowy Certyfikat Leczenia, zawierający listę zalecanych Szpitali i potencjalnego Leczenia za granicą. Ocena może wymagać ponownego skorzystania z usługi Drugiej Opinii Medycznej, o czym poinformujemy Ubezpieczonego. Zorganizujemy i pokryjemy koszty ponownego Leczenia za granicą wynikające z nowego Certyfikatu Leczenia do końca trwania danego Okresu świadczenia usług.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia w zakresie Leczenia za granicą?

1. Nie zrealizujemy świadczenia Leczenia za granicą, jeśli Stan chorobowy wymagający leczenia jest następstwem:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach Umowy dodatkowej,
 - b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: alkoholowa choroba wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki wywołane alkoholem, alkoholowe zapalenie żołądka, kardiomiopatia alkoholowa, miopatia alkoholowa, polineuropatia alkoholowa, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane użyciem alkoholu,
 - f) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego spowodowanym przez broń lub urządzenie wykorzystujące energię rozszczepienia jądrowego lub radioaktywność.
2. Nie zrealizujemy Świadczenia leczenia za granicą, jeśli Ubezpieczony:
 - a) w trakcie lub po zakończeniu rozpatrywania przez nas wniosku o Świadczenie nie zastosował się do porad, zaleceń lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego lub
 - b) odmówił poddania się leczeniu lub dodatkowej analizie diagnostycznej lub badaniom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia,
 - c) w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie mieszka na terytorium Polski lub w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego ponad 183 dni przebywał poza terytorium Polski.
3. Umowa dodatkowa nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów leczenia:
 - a) chorób nie wymienionych w Art. 2 oraz Chorób rozpoznanych, leczonych w okresie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyjątkiem tych, które są następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) obejmującego terapię genową, somatyczną terapię komórkową, terapię inżynierii tkankowej i terapię limfocytami CAR-T,
 - c) eksperymentalnego, a także procedur diagnostycznych, terapeutycznych lub chirurgicznych, których bezpieczeństwo i niezawodność nie zostały powszechnie uznane przez międzynarodową społeczność naukową,
 - d) które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia przy leczeniu danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętego zakresem Umowy dodatkowej,
 - e) alternatywnego,
 - f) innymi metodami niż zalecany przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą przeszczep, rehabilitacji, w tym: fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii językowej i logopedycznej,
 - h) powikłań lub Chorób będących bezpośrednim następstwem procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, z wyjątkiem Stanów chorobowych wymagających leczenia objętych ochroną z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Jeśli chodzi o zwrot kosztów Leków nie pokryjemy:
 - a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
 - b) kosztów podania Leku,
 - c) zakupu Leków poza Polską, chyba że zostanie to uprzednio z nami uzgodnione.
5. W przypadku kosztów Leczenia szpitalnego, nie pokryjemy:
 - a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
 - b) wszelkich kosztów poniesionych niezgodnie z wytycznymi zawartymi w Certyfikacie Leczenia lub niezgodzonych z nami.
6. Koszty, które nie są objęte zakresem Leczenia za granicą w ramach Umowy dodatkowej:
 - a) wszelkie koszty poniesione w wyniku lub w związku z wszelkiego rodzaju procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami,

- świadczanymi lub receptami na terytorium Polski z wyjątkiem kosztów zakupu Leków i kosztów Leczenia poszpitalnego opisanych w Art. 7, chyba, że zajdzie okoliczność wskazana w punkcie 7,
- b) wszelkie koszty poniesione przed wydaniem Certyfikatu Leczenia,
 - c) wszelkie koszty poniesione poza danym Okresem świadczenia usług,
 - d) wszelkie koszty poniesione w Szpitalu innym niż zatwierdzony i wymieniony w Certyfikacie Leczenia,
 - e) wszelkie koszty poniesione niezgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy dodatkowej,
 - f) wszelkie koszty poniesione w związku z pobytem w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, uzdrowiskach, leczeniem w klinikach medycyny naturalnej, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki lub korzystaniem ze świadczeń na terenie ośrodka lub instytucji rehabilitacyjnej, hospicjum lub domu spokojnej starości, nawet jeśli jest to wymagane lub niezbędne z punktu widzenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia,
 - g) wszelkie koszty zakupu lub wypożyczenia wszelkiego rodzaju protez lub sprzętu ortopedycznego, gorsetów, bandaży, kul, protez, sztucznych urządzeń zastępujących część lub całość narządów lub ich funkcji, peruk (nawet jeśli ich użycie uważa się za niezbędne podczas chemioterapii), obuwia ortopedycznego, sztucznych szczęk, soczewek korygujących, okularów korekcyjnych, pasów przepuklinowych i innego podobnego sprzętu lub przedmiotów z wyjątkiem protez piersi po operacji mastektomii oraz protez zastawek serca potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej,
 - h) wszelkie koszty zakupu lub wypożyczenia wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i innych podobnych przedmiotów lub sprzętu,
 - i) koszty Leków nabytych poza uprawnionymi do ich sprzedaży aptekami, punktami aptecznymi, nawet jeśli są przepisane przez Lekarza oraz tych Leków, które są dostępne bez recepty,
 - j) wszelkie koszty związane z korzystaniem z Leczenia alternatywnego, nawet jeśli takie korzystanie ma miejsce z przepisu Lekarza,
 - k) wszelkie koszty opieki zdrowotnej lub odosobnienia w przypadku zmian otępiennych, które wywołuje podeszły wiek lub Zaburzeń poznawczych, niezależnie od stanu zaawansowania,
 - l) koszty tłumacza ustnego z wyjątkiem tych związanych z leczeniem Placówce medycznej w trakcie Leczenia za granicą, rozmów telefonicznych i innych opłat związanych z przedmiotami użytku osobistego lub nie mającymi charakteru medycznego świadczonych na rzecz Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i żyjącego dawcy,
 - m) wszelkie wydatki poniesione przez Ubezpieczonego lub osobę towarzyszącą lub żywego dawcę, z wyjątkiem tych, które są objęte zakresem naszej odpowiedzialności,
 - n) wszelkie koszty zakwaterowania lub transportu zorganizowanego przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub żyjącego dawcę.
7. Jeśli na skutek działania Siły wyższej nie będzie możliwe zorganizowanie Leczenia za granicą to zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia w Polsce w takim samym zakresie, jak by to miało miejsce za granicą pod warunkiem, że:
- a) realizacja świadczeń w Polsce nie będzie niemożliwa ze względu na działanie Siły wyższej w Polsce oraz
 - b) realizacja leczenia zgodnie z założonym planem leczenia będzie możliwa w Polsce.
- W przypadku leczenia w Polsce pokryjemy te koszty medyczne wskazane w Artkule 7 punkt 16A, które nie będą sfinansowane przez powszechny system zdrowotny. Leczenie w Polsce będzie realizowane do czasu ustąpienia działania siły wyższej, tak aby można było przeprowadzić leczenie poza Polską.

Art. 11 Zastosowanie Warunków umowy podstawowej

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków umowy podstawowej, z zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie podlega indeksacji. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Warunkach umowy dodatkowej mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach umowy podstawowej.

Art. 12 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2022 z dnia 12 maja 2022 r., wchodzącą w życie z dniem 18 maja 2022 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/PD12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo

wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/PD12/1/2016

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

Nieszczęśliwego wypadku funkcji poszczególnych organów.

8. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
9. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

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

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

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

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

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

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

Tabela inwalidztwa częściowego

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

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

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

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

Art. 6 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

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

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

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

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

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

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

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

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
- b) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

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

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy

nr OWU/TP12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Dziecko”** – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1 rok życia a nie ukończył 18. roku życia
2. **„Niezdolność do samodzielnego życia”** – trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy stwierdzona przez Lekarza:
 - a) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywanie się,
 - b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.

Niezdolność do samodzielnego życia Dziecka wiąże się z koniecznością zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym Dzieckiem w danym wieku.

3. **„Niezdolność do pracy”** – całkowita, bezterminowa i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony przez Nationale-Nederlanden. Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
4. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane Ubezpieczonemu w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.

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

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

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

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

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

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

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

Art. 6 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

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

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

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

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

- d) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem), jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy,
- e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.

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

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia została spowodowana lub miała miejsce w następstwie:
 - a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
 - b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) choroby psychicznej,
 - g) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

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

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała
nr OWU/AB12/1/2020 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 11 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała nr OWU/AB12/1/2020

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy Ci wypłacimy z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała.
2. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
3. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
4. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
5. **„Pierwsza pomoc finansowa”** – dodatkowe pieniądze wypłacane w przypadku Złamania lub Zwichnięcia, jeśli został wybrany wariant pełny ochrony.
6. **„Złamanie”** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
7. **„Zwichnięcie”** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą na okres co najmniej 10 dni. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.
8. **„Uszczerbek na zdrowiu”** – uszkodzenie organu, narządu lub układu, powodujące trwałe upośledzenie czynności organizmu, powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. **„Uszkodzenie ciała”** – Złamanie, Zwichnięcie lub Uszczerbek na zdrowiu.

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

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

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

Pierwsza pomoc finansowa w razie Złamania i Zwichnięcia

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

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

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

- W zależności od wybranego Wariantu umowy wypłacimy Ci świadczenie jeżeli łączny % Uszczerbku na zdrowiu wyniesie nie mniej niż:
 - 5% w przypadku Wariantu podstawowego (kod: A112)
 - 1% w przypadku Wariantu rozszerzonego (kod: B112) lub Wariantu pełnego (kod: AB12).
- Kwota, jaką wypłacimy jest uzależniona od tego, jakiego doznasz Uszkodzenia ciała:
 - w przypadku Uszczerbku na zdrowiu wypłacimy odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wskazany w Załączniku nr 1 – Tabela Uszczerbków na zdrowiu nr 1/2015.
 - w przypadku Zwichnięcia albo Złamania wypłacimy Pierwszą pomoc finansową w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wskazanego w Załączniku nr 2 – Tabela Złamań i Zwichnięć nr 1/2015. Wypłata tego dodatkowego świadczenia nie wyklucza późniejszej wypłaty z tytułu Uszczerbku na zdrowiu.
- Stopień Uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez Nationale-Nederlanden po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po 3 latach od Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem doznałeś utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
- Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała ulegniesz Nieszczęśliwemu wypadkowi, w związku z którym doznasz Uszkodzenia ciała, możesz otrzymać:
 - do 100% Sumy ubezpieczenia, jeśli zdecydowałeś się na wariant podstawowy albo rozszerzony,
 - do 150% Sumy ubezpieczenia, jeśli zdecydowałeś się na wariant pełny.
 Jest to maksymalna kwota, jaką wypłacimy z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała.

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

- Jeżeli doznasz Uszkodzenia ciała, masz prawo do świadczenia.
- Jeżeli poinformujesz nas o Uszkodzeniu ciała, do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali od Ciebie:
 - kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Uszkodzenia ciała (np. karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zaświadczeń lekarskich, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań),

- c) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowej z policji lub innej),
 - d) innych dokumentów potrzebnych od określenia tytułu wypłaty świadczenia i jej wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. Wskazane jest, abyś złożył wniosek o wypłatę pieniędzy po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.

↑

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

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

Art. 7 Jakie są twoje obowiązki?

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

Art. 8 Jak zmienić wariant ochrony?

↓

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

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

Art. 9 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Jeżeli chcesz zmienić Sumę ubezpieczenia, razem z Właścicielem polisy złóż do nas wniosek.

2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia poprosimy Cię o informacje o Twoim zawodzie i uprawianym przez Ciebie sporcie i hobby.
3. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po wystąpieniu Uszkodzenia ciała.
4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową na wypadek uszkodzenia ciała.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
7. Zmianę potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

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

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

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

Nie wypłacimy pieniędzy, jeśli Uszkodzenie ciała:

- a) jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
- b) jest następstwem spożywania lub pozostawiania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zazywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- c) miało miejsce w następstwie prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie byłeś do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) jest następstwem Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie, speleologia, sporty walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,

- e) powstało w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

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

Art. 13 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 19/2020 z dnia 23 marca 2020 r., wchodzi w życie z dniem 4 kwietnia 2020 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela Uszczerbków na zdrowiu nr 1/2015

Ocena % wartości Uszczerbku na zdrowiu obejmuje biologiczne następstwa uszkodzenia części lub całego ciała.

Jako uszczerbek na zdrowiu nie traktuje się:

- zaburzeń wyuczonych umiejętności lub czynności,
- ograniczenia możliwości wykonywania pracy w zawodzie.

Uszczerbek na zdrowiu, spowodowany przez stany chorobowe, choroby (nawet takie jak: udar mózgu, krwotok śródczaszkowy, zawał serca, padaczka, utrata przytomności, omdlenie itp.), będące następstwem stanów pierwotnie zachodzących wewnątrz organizmu lub wynikające z przewlekłego przeciężenia narządu/układu, nie spełnia kryteriów uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
A Uszkodzenia głowy			
1	001	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych) – rozległe, szpeczące, ściągające blizny o długości co najmniej 4 cm	5
	002	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych) – oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	10
	003	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych) – oskalpowanie od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	20
	004	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych) – oskalpowanie powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	30
2	005	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości szczeliny złamań, wgłobienia, fragmentacja	5
3	006	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni poniżej 10 cm ²	10
	007	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni od 10 do 50 cm ²	15
	008	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni w zależności od rozmiarów powyżej 50 cm ²	20

Uwaga:

Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, % wartości uszczerbku na zdrowiu, oceniony wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (pkt 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (pkt 1), należy osobno oceniać % wartości uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg pkt 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg pkt 1.

^{*}(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej ^{**}IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
4	009	Utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w punktach 1, 2, 3 w postaci: nawracającego, mimo leczenia operacyjnego, płynotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie – należy uszczerbek zwiększyć o 10%	10
5	010	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a	100
	011	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych, znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	80
	012	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	60
	013	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: nieznaczного stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	40
	014	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a, z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a (D)*	80
	015	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a, z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a (N)*	70
	016	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a, z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a: (D)*	80
	017	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a (N)*	70
	018	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a (D)*	50
	019	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a (N)*	40
	020	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a (D)*	40
	021	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a (N)*	30
	022	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a (D)*	25
	023	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a (N)*	15
	024	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a	45
	025	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 2–2/3° wg skali Lovette'a	30
	026	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–3/4° wg skali Lovette'a	20
	027	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego: monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 4–4/5° wg skali Lovette'a	10

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
Uwaga:			
W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg pkt 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.			
W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt 9.			
W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg pkt 5, kod 018 lub 019 oddzielnie dla każdej kończyny			
Skala Lovette'a			
0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,			
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej,			
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej,			
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,			
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej,			
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej.			
6	028	Zespoły pozapiramidowe: utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
	029	Zespoły pozapiramidowe: zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy itp. w stopniu łagodnym	50
	030	Zespoły pozapiramidowe: zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy itp. w stopniu znacznym	80
	031	Zespoły pozapiramidowe: zaznaczony zespół pozapiramidowy	25
7	032	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe: uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	033	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe: utrudniające w znacznym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	80
	034	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe: utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	40
	035	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe: utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	10
8	036	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu: padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	40
	037	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu: padaczka z napadami – 3 w miesiącu i więcej, ale nie więcej niż 2 w tygodniu	25
	038	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu: padaczka z napadami – 2 i mniej w miesiącu	15
	039	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu: padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	8
Uwaga:			
Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna, potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt 9.			

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
9	040	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych: ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
	041	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych: encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	80
	042	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych: encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub umiarkowanym deficytem neurologicznym	50
	043	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych: encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	25

Uwaga:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i inne) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

10	044	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych: utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu: niewielkiego stopnia	3
	045	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych: utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu: umiarkowane	5
	046	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych: zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	20
11	047	Zaburzenia mowy: afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
	048	Zaburzenia mowy: afazja całkowita motoryczna	60
	049	Zaburzenia mowy: afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	50
	050	Zaburzenia mowy: afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	30
	051	Zaburzenia mowy: afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	20
12	052	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnętrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.): znacznie upośledzające czynność ustroju	60

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	053	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.): nieznacznie upośledzające czynność ustroju	25
13	054	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący): z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	30
	055	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący): z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	20
	056	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący): z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	10
	057	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący): zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	5
14	058	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego w zależności od stopnia uszkodzenia: czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	6
	059	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego w zależności od stopnia uszkodzenia: ruchowe	10
	060	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego w zależności od stopnia uszkodzenia: czuciowo-ruchowe	15
15	061	Uszkodzenie nerwu twarzowego: obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	062	Uszkodzenie nerwu twarzowego: obwodowe częściowe	10
	063	Uszkodzenie nerwu twarzowego: izolowane uszkodzenie centralne	10
16	064	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: jednostronne	30
	065	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: obustronne	60
17	066	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego: niewielkiego stopnia	10
	067	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego: średniego stopnia	20
	068	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego: dużego stopnia	45
18	069	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego w zależności od stopnia uszkodzenia: niewielkiego stopnia	5

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	070	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego w zależności od stopnia uszkodzenia: średniego stopnia	10
	071	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego w zależności od stopnia uszkodzenia: dużego stopnia	15
19	072	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego w zależności od stopnia uszkodzenia: niewielkiego stopnia	5
	073	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego w zależności od stopnia uszkodzenia: średniego stopnia	12
	074	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego w zależności od stopnia uszkodzenia: dużego stopnia	20

Uwaga:

Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg pkt 9.

B Uszkodzenia twarzy

20	075	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	3
	076	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 3 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	4
	077	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 4 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	5
	078	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	6
	079	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 6 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	7
	080	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 7 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	8
	081	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 8 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	9
	082	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 9 cm długości i więcej lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	10
	083	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji	20
	084	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	50
	085	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – 5% za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	IND**

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
21	086	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): złamanie kości nosa nie wymagające repozycji	2
	087	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): widoczne, szpeczące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji bez zaburzeń oddychania i powonienia	4
	088	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania: niewielkiego stopnia	5
	089	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania: średniego stopnia	10
	090	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania: dużego stopnia	15
	091	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu: niewielkiego stopnia	10
	092	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu: średniego stopnia	15
	093	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu: dużego stopnia	20
	094	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5
	095	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich): utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita łącznie z kośćmi nosa	30

Uwaga:

Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg pkt 21.

Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych pkt 20, należy stosować ocenę wg pkt 20.

22	096	Utrata zębów: stałe siekacze i kły – za każdy ząb: utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,5
	097	Utrata zębów: stałe siekacze i kły – za każdy ząb: utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej 1/2 korony)	1
	098	Utrata zębów: stałe siekacze i kły – za każdy ząb: całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
	099	Utrata zębów: pozostałe zęby – za każdy ząb: utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,25
	100	Utrata zębów: pozostałe zęby – za każdy ząb: utrata korony (co najmniej 1/2 korony)	0,5
	101	Utrata zębów: pozostałe zęby – za każdy ząb: całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1

^{*}(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej ^{**}IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
23	102	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia: nieznacznego stopnia	4
	103	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia: znacznego stopnia	10
Uwaga:			
W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg punktu 28b. W przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli: Tabela ostrości wzroku (pkt 28 – kod 118).			
W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy, oceniać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.			
Jeżeli uszkodzeniem kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg pkt 20. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z pkt 25.			
24	104	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań: częściowa z powikłaniami małego stopnia	15
	105	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań: częściowa z powikłaniami znacznego stopnia	35
	106	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań: całkowita	50
25	107	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów: bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego	5
	108	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów: z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego	10
26	109	Ubytek podniebienia bez zaburzeń mowy i połykania	5
	110	Ubytek podniebienia z zaburzeniami mowy i połykania małego stopnia	10
	111	Ubytek podniebienia z zaburzeniami mowy i połykania średniego stopnia	25
	112	Ubytek podniebienia z dużymi zaburzeniami mowy i połykania wraz zaburzeniami odżywiania	40
27	113	Ubytki i urazy języka w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu: ubytki języka niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	3
	114	Ubytki i urazy języka w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu: ubytki języka i zniekształcenia średniego stopnia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznym	10
	115	Ubytki i urazy języka w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu: duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanym	25
	116	Ubytki i urazy języka w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu: duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu znacznym	40
	117	Ubytki i urazy języka w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu: całkowita utrata języka	50

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
-------	---------------	-----------------------------------	-------------------------

C Uszkodzenia narządu wzroku

28	118	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu: przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu % wartości uszczerbku ocenia się wg Tabeli ostrości wzroku	IND**
----	-----	---	-------

Tabela ostrości wzroku (pkt 28 – kod 118)

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

119	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu: utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	7
-----	--	---

120	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu: utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40
-----	---	----

Uwaga:

Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

Wartość uszczerbku w punkcie 28 – kod 120 obejmuje oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

29	121	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji: jednego oka	15
	122	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji: obuoczne	30
30	123	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: z zaburzeniami ostrości wzroku (wg Tabeli 28 – kod 118)	IND**
	124	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej	4

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
31	125	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących: z zaburzeniami ostrości wzroku (wg Tabeli 28 – kod 118)	IND**
	126	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących w obrębie gałki ocznej	4
32	127	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną: w zależności od zaburzeń ostrości wzroku (wg Tabeli 28 – kod 118)	IND**
	128	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną: bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej	4
33	129	Koncentryczne zwężenie pola widzenia w jednym oku przy nienaruszonym drugim oku (wg Tabeli 33 – kod 131)	IND**
	130	Koncentryczne zwężenie pola widzenia obuoczne (wg Tabeli 33 – kod 131)	IND**
	131	Koncentryczne zwężenie pola widzenia przy ślepcie drugiego oka (wg Tabeli 33 – kod 131)	IND**
Tabela oceny koncentrycznego zwężenia pola widzenia (pkt 33 – kod 131)			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0%	0%	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%
34	132	Połowicze i inne niedowidzenia: dwuskroniowe	60
	133	Połowicze i inne niedowidzenia: dwunosowe	30
	134	Połowicze i inne niedowidzenia: jednoimienne	30
	135	Połowicze i inne niedowidzenia: inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	10
35	136	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji: w jednym oku	15
	137	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji: obuoczna	30

Uwaga:

W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo wg Tabeli 28 – kod 118, z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za obuoczność.

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
36	138	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku: w jednym oku oceniać wg Tabeli 28 – kod 118 (w granicach 15–35%)	IND**
	139	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku: obuoczna oceniać wg Tabeli 28 – kod 118 (w granicach 30–100%)	IND**
37	140	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej w zależności od stopnia i natężenia objawów: jednooczne	8
	141	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej w zależności od stopnia i natężenia objawów: obuoczne	15
38	142	Pourazowe odwarstwienie siatkówki jednego oka: oceniać wg Tabeli 28 – kod 118 i Tabeli 33 – kod 131: nie mniej niż 3%	IND**
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując % wartości uszczerbku istniejący przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.			
39	143	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy oceniać wg Tabeli pkt 28 – kod 118 oraz Tabeli pkt 33 – kod 131, (w granicach 3–35%): jednooczna	IND**
	144	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy oceniać wg Tabeli pkt 28 – kod 118 oraz Tabeli pkt 33 – kod 131, (w granicach 3–100%): obuoczna	IND**
40	145	Wytrzeszcz tętniący w zależności od stopnia (w granicach 35–100%)	IND**
41	146	Zaćma pourazowa oceniać wg Tabeli pkt 28 – kod 118, po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji.	IND**
42	147	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka: niewielkie zmiany	5
	148	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka: duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	10
D Uszkodzenia narządu słuchu			
43	149	Upośledzenie ostrości słuchu, przy upośledzeniu ostrości słuchu % wartości uszczerbku ocenia się wg niżej podanej Tabeli uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu:	IND**

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
-------	---------------	-----------------------------------	-------------------------

Tabela uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu (pkt 43 – kod 149)
Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)

	Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe					
0 – 25 Db		0%	5%	10%	20%
26 – 40 Db		5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB		10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB		20%	30%	40%	50%

Uwaga:

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów: 500, 1000, 4000 Hz.

150	Upośledzenie ostrości słuchu, pourazowe szумы uszne	4
-----	---	---

Uwaga:

Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu należy oceniać wyłącznie według Tabeli pkt 43 – kod 149, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, to oceniać wg pkt 48.

44	151	Urazy małżowiny usznej: zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)	2
	152	Urazy małżowiny usznej: utrata części małżowiny < 1/2 małżowiny lub znaczne zniekształcenia	5
	153	Urazy małżowiny usznej: utrata > 1/2 małżowiny	10
	154	Urazy małżowiny usznej: całkowita utrata jednej małżowiny	15
	155	Urazy małżowiny usznej: całkowita utrata obu małżowin	25
45	156	Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu (ocena wg Tabeli 43 – kod 149)	IND**
46	157	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem: jednostronne	5
	158	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem: obustronne	10
47	159	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha w zależności od stopnia powikłań: jednostronne	10
	160	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha w zależności od stopnia powikłań: obustronne	15
48	161	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej (ocena wg Tabeli 43 – kod 149)	IND**
49	162	Uszkodzenie ucha wewnętrznego: z uszkodzeniem części słuchowej (ocena wg Tabeli 43 – kod 149)	IND**
	163	Uszkodzenie ucha wewnętrznego: z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności) oraz niewielkiego stopnia zaburzenia równowagi	10

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	164	Uszkodzenie ucha wewnętrznego: z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności) oraz umiarkowanego stopnia zaburzenia równowagi	20
	165	Uszkodzenie ucha wewnętrznego: z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności) oraz zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się	50
	166	Uszkodzenie ucha wewnętrznego: z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w zależności od stopnia uszkodzenia: (ocena wg Tabeli 43 – kod 149) zwiększając % wartości uszczerbku wg kodu 163, 164 lub 165	IND**

E Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50	167	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	8
51	168	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej w zależności od stopnia uszkodzenia: niewielka okresowa duszność, chrypka	8
	169	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej w zależności od stopnia uszkodzenia: świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	20
52	170	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej: z zaburzeniami głosu	40
	171	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej: z bezgłosem	60
53	172	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła w zależności od stopnia jej zwężenia: bez niewydolności oddechowej	5
	173	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła w zależności od stopnia jej zwężenia: duszność w trakcie wysiłku fizycznego	15
	174	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła w zależności od stopnia jej zwężenia: duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	30
	175	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła w zależności od stopnia jej zwężenia: duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	60
54	176	Uszkodzenie przełyku: z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	5
	177	Uszkodzenie przełyku: niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych z częściowymi trudnościami w odżywianiu w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania małego stopnia	10
	178	Uszkodzenie przełyku: niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych z częściowymi trudnościami w odżywianiu w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania dużego stopnia	18
	179	Uszkodzenie przełyku: wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, ze znacznymi zaburzeniami drożności, znacznymi trudnościami w odżywianiu	25
	180	Uszkodzenie przełyku: całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	70

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
55	181	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy: blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, bez ograniczenia ruchomości szyi	3
	182	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy: zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia do 50% zakresu ruchomości	10
	183	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	25
	184	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – 2% za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	IND**

Uwaga:

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg pkt 89.

F Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

Uwaga:

Przy ocenie wg pkt 56, 58, 60–62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów Tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom % wartości uszczerbku na zdrowiu wynikający z stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz pkt 60 i 62).

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV 1% VC
- 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV 1% VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV 1% VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

56	185	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania: widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	3
	186	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania: mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10
	187	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania: średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	20
	188	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania: znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągnięte blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	40
	189	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania: blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – 1% za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	IND**

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po pkt 62.			
57	190	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn oceniać wg pkt 56): blizny lub częściowa utrata brodawki	5
	191	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn oceniać wg pkt 56): znaczna lub całkowita utrata brodawki	10
	192	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn oceniać wg pkt 56): częściowa utrata sutka	15
	193	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn oceniać wg pkt 56): całkowita utrata sutka	20
	194	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn oceniać wg pkt 56): utrata sutka z części mięśnia piersiowego	25
58	195	Złamanie żeber: 1 żebro	1
	196	Złamanie powyżej 1 żebra (maks. 6%)	IND**
	197	Złamanie kilku żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	8
	198	Złamanie kilku żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia	20
	199	Złamania żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej oraz ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	35
59	200	Złamania mostka bez zniekształceń z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	3
	201	Złamania mostka ze zrostem w przemieszczeniu i niewielkim zniekształceniem	5
	202	Złamania mostka ze zrostem w przemieszczeniu i ze znacznym zniekształceniem	10
60	203	Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg pkt 58–59 zwiększając % wartości uszczerbku o	10
61	204	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.): uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	5
	205	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	10
	206	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	20
	207	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	40

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
62	208	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać wg pkt 61, zwiększając % wartości uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o	20
63	209	Uszkodzenie serca lub osierdzia wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
	210	Uszkodzenie serca lub osierdzia: I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	15
	211	Uszkodzenie serca lub osierdzia: II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	25
	212	Uszkodzenie serca lub osierdzia: III klasa NYHA, EF 35%–45 %, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	55
	213	Uszkodzenie serca lub osierdzia: IV klasa NYHA, EF < 35 %, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	90

Uwaga:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

Klasyfikacja Nyha – Klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:

Klasa I.

Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II.

Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa III.

Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa IV.

Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory:

Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej:

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

64	214	Uszkodzenia przepony, rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia: bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	5
	215	Uszkodzenia przepony, rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia: zaburzenia niewielkiego stopnia	10

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	216	Uszkodzenia przepony, rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia: zaburzenia średniego stopnia, z zaburzeniami oddychania	20
	217	Uszkodzenia przepony, rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia: zaburzenia dużego stopnia z zaburzeniami krążenia	40

G Uszkodzenia brzucha i ich następstwa

65	218	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia: widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące	3
	219	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia: uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	10
	220	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia: blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – 1% za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	IND**

Uwaga:

Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu nie są uznawane za pourazowe.

66	221	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5
	222	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	10
	223	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania umiarkowanego stopnia	20
	224	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania znacznego stopnia	40
	225	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania (odżywianie jedynie pozajelitowe)	50
67	226	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki jelita cienkiego: umiarkowane powikłania	30
	227	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki jelita cienkiego: znaczne powikłania	60
	228	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki jelita grubego: umiarkowane powikłania	20
	229	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki jelita grubego: znaczne powikłania	50

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
68	230	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów	10
69	231	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu: blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	5
	232	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70	233	Uszkodzenia odbytnicy pełnościennie uszkodzenie, niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	5
	234	Uszkodzenia odbytnicy: wypadanie błony śluzowej	10
	235	Uszkodzenia odbytnicy wypadanie odbytnicy utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	25
71	236	Uszkodzenia śledziony: leczone zachowawczo, krwiak, pęknięcie narządu, potwierdzone badaniem obrazowym	2
	237	Uszkodzenia śledziony: leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	238	Uszkodzenia śledziony: utrata u osób powyżej 18. roku życia	15
	239	Uszkodzenia śledziony: utrata u osób poniżej 18. roku życia	20
72	240	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	5
	241	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji z zaburzeniami czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	10
	242	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji z zaburzeniami czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	25
	243	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji z zaburzeniami czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	50

Uwaga:

Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg pkt 72 kod 241, 242.

Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg pkt 72 kod 241, 242, 243.

Zwężenia dróg żółciowych oceniać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg pkt 72 kod 241, 242, 243.

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
-------	---------------	-----------------------------------	-------------------------

Klasyfikacja Childa-Pugha w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	> 3,5	2,8–3,5	< 2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	< 25	25–40	> 40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	< 4	4–6	> 6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I–II°	III–IV°

Grupa A – 5–6 pkt, Grupa B – 7–9 pkt, Grupa C – 10–15 pkt

H Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73	244	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji w zależności od stopnia upośledzenia funkcji: umiarkowane upośledzenie funkcji	15
	245	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji w zależności od stopnia upośledzenia funkcji: znaczne upośledzenie funkcji	25
74	246	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75	247	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki: małe upośledzenie funkcji	35
	248	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki: umiarkowane upośledzenie funkcji	55
	249	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki: znaczne upośledzenie funkcji	75
76	250	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła: nie powodujące zaburzeń funkcji	5
	251	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła: z zaburzeniami funkcji układu moczowego – niewielkiego stopnia	10
	252	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła: z zaburzeniami funkcji układu moczowego – znacznego stopnia	20
77	253	Uszkodzenie pęcherza w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych: 5 wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	5
	254	Uszkodzenie pęcherza w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych: niewielkiego stopnia zaburzenia funkcji	10
	255	Uszkodzenie pęcherza w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych: średniego stopnia zaburzenia funkcji	20
	256	Uszkodzenie pęcherza w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych: znacznego stopnia zaburzenia funkcji	30

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
78	257	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym upośledzające jakość życia w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych: średniego stopnia	25
	258	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym upośledzające jakość życia w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych: znacznego stopnia	30
79	259	Zwężenia cewki moczowej powodujące trudności w oddawaniu moczu	10
	260	Zwężenia cewki moczowej z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	30
	261	Zwężenia cewki moczowej z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50
Uwaga: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.			
80	262	Utrata prącia	40
81	263	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji: umiarkowanego stopnia	10
	264	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji: znacznego stopnia	20
82	265	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach Tabeli) w wieku do 50. roku życia	20
	266	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach Tabeli) w wieku po 50. roku życia	10
83	267	Utrata obu jąder lub obu jajników w wieku do 50. roku życia	40
	268	Utrata obu jąder lub obu jajników w wieku po 50. roku życia	20
84	269	Pourazowy wodniak jądra: wyleczony operacyjnie	2
	270	Pourazowy wodniak jądra: ze zmianami utrzymującymi się po leczeniu operacyjnym	10
85	271	Utrata macicy: w wieku do 50. roku życia	40
	272	Utrata macicy: w wieku powyżej 50. roku życia	15
86	273	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków: rozległe blizny, ubytki, deformacje	5
	274	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków, wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	10

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	275	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków, wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się leczeniu zabiegowym	30

I **Ostre zatrucia, nagłe działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych** (ocena % wartości uszczerbku może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach)

87	276	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi uznane za nieszczęśliwy wypadek ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	5
	277	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi uznane za nieszczęśliwy wypadek powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	12
	278	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi uznane za nieszczęśliwy wypadek powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu (w granicach 1–100%)	IND**
	279	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi uznane za nieszczęśliwy wypadek powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego	20
88	280	Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia: ze stwierdzoną utratą przytomności oraz obserwacją szpitalną lecz bez trwałych wtórnych powikłań	5
	281	Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia: powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	15
	282	Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia: powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu (w granicach 16–100%)	IND**

Uwaga:

Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – ocena uszkodzenia narządów i układów: oddechowego, krwiotwórczego, krążenia, przewodu pokarmowego, nerwowego, układu ruchu, następuje wg odpowiednich punktów niniejszej Tabeli. Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich pozycji z Tabeli 28 – kod 118, pkt 33, pkt 43 – kod – 149.

Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J **Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa**

89	283	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z ograniczeniem ruchomości do 25%	4
	284	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z ograniczeniem ruchomości 26%–50%	8
	285	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z ograniczeniem ruchomości 51%–75%	17
	286	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	25
	287	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z zeszywnieniem w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	288	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z zeszywnieniem w niekorzystnym ustawieniu głowy	45

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	289	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z obniżeniem wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg pkt 89 kod 283-288 zwiększając % wartości uszczerbku o	6
	290	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym z niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11° ocenia się wg pkt 89 kod 283-289 zwiększając % wartości uszczerbku o	8
	291	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym: uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się wg pkt 89 kod 283-290 zwiększając % wartości uszczerbku o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według pkt 94. Łączny % wartości uszczerbku kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50 stopni, prostowanie 60 stopni, rotacja po 80 stopni, pochylanie na boki po 45 stopni.

90	292	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) z ograniczeniem ruchomości do 50%	5
	293	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15
	294	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) z zeszywnieniem w pozycji fizjologicznej	20
	295	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) z zeszywnieniem w ustawieniu niekorzystnym	30
	296	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) z obniżeniem wysokości trzonu co najmniej 10%, ocenia się wg pkt 90 kod 292-295 zwiększając % wartości uszczerbku, w zależności od stopnia zniekształcenia	4
	297	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) z niestabilnością (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°) ocenia się wg pkt 90 kod 292-296 zwiększając % wartości uszczerbku o	7
	298	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się wg pkt 90 kod 292-297 zwiększając % wartości uszczerbku o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg pkt 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy oceniać wyłącznie według pkt 94. Łączny % wartości uszczerbku kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60 stopni, rotacja po 30 stopni, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2-3 cm.

91	299	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) z ograniczeniem ruchomości do 25%	4
	300	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	10
	301	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	22
	302	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) z zeszywnieniem w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	303	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) z zeszywnieniem w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
	304	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) z obniżeniem wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocenia się wg pkt 91 kod 299-303 zwiększając % wartości uszczerbku, w zależności od stopnia zniekształcenia o	7
	305	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15°) ocenia się wg pkt 91 kod 299-304 zwiększając % wartości uszczerbku o 9%.	9

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	306	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się wg pkt 91 kod 299–305 zwiększając % wartości uszczerbku o 5%	5
Uwaga:			
Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg pkt 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według pozycji 94. Łączny % wartości uszczerbku kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%.			
Kręgozmyk rzekomy (zwyrrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku. Zakresy Ruchomości: zgięcie 60 stopni, wyprost 25 stopni, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10–11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7–8 cm.			
92	307	Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych: 1% za 1 wyrostek (maks. 8%)	IND**
93	308	Uszkodzenie rdzenia kręgowego: porażenie kończyn górnych i/lub dolnych: 0–1° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette'a	100
	309	Uszkodzenie rdzenia kręgowego: głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych: 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a	80
	310	Uszkodzenie rdzenia kręgowego: średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych: 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej 0–2° w skali Lovette'a	60
	311	Uszkodzenie rdzenia kręgowego: niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych: 4° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej 3–4° w skali Lovette'a	20
	312	Uszkodzenie rdzenia kręgowego: zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	10
	313	Uszkodzenie rdzenia kręgowego: zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego w zależności od stopnia zaburzeń	20
94	314	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): szyjne bólowe	3
	315	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): szyjne bez niedowładów: ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	8
	316	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): szyjne z obecnością niedowładów w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm): niewielkiego stopnia	10
	317	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): szyjne z obecnością niedowładów w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm): znacznego stopnia	25
	318	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): piersiowe	7
	319	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): lędźwiowo-krzyżowe bólowe	3
	320	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów: ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	8

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	321	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm) niewielkiego stopnia	10
	322	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm) znacznego stopnia	25
	323	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane): guziczne	4

Uwaga:

Zaburzenia stwierdzone w pkt 94 kod 314-323 muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia.

K Uszkodzenia miednicy

95	324	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	4
	325	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych oraz z zaburzeniami chodu	15
	326	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia nie wymagające leczenia operacyjnego, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	9
	327	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie, w zależności od stopnia zaburzeń chodu: niewielkiego stopnia	10
	328	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie, w zależności od stopnia zaburzeń chodu: średniego stopnia	20
	329	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu: utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie, w zależności od stopnia zaburzeń chodu: znacznego stopnia	30

Uwaga:

Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać według pkt 96 lub 98.

96	330	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	5
	331	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu w odcinku przednim obustronnie	10
	332	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) w zależności od stopnia zaburzenia statyki i chodu: niewielkiego stopnia	10
	333	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) w zależności od stopnia zaburzenia statyki i chodu: średniego stopnia	20

^{*}(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej; ^{**}IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	334	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) w zależności od stopnia zaburzenia statyki i chodu: znacznego stopnia	30
	335	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu w odcinku przednim i tylnym obustronnie	40

Uwaga:

Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według pkt 98.

97	336	Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu w zależności od upośledzenia funkcji stawu (oceniać wg punktu 143)	IND**
----	-----	---	-------

Uwaga:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg pkt 145.

98	337	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej: jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	3
	338	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej: jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	8
	339	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej: mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	7
	340	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej: mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	15

Uwaga:

Towarzystwujące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L Uszkodzenia kończyny górnej

99	341	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny (D)*	5
	342	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny (N)*	3
	343	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny (D)* z ograniczeniem ruchomości do 30%	9
	344	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny (N)* z ograniczeniem ruchomości do 30%	7
	345	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny (D)* z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	15
	346	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny (N)* z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	12
	347	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny (D)* z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	30

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	348	Złamanie łopatki: wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny (N)* z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20

Uwaga:

Normy pkt 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

100	349	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości: niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego (D)* do 20%	6
	350	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości: niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego (N)* do 20%	4
	351	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości: deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego (D)* powyżej 20%	15
	352	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości: deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego (N)* powyżej 20%	12

101	353	Staw rzekomy obojczyka w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny: zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym (D)* do 20%	12
	354	Staw rzekomy obojczyka w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny: zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym (N)* do 20%	10
	355	Staw rzekomy obojczyka w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji i kończyny: zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym (D)* powyżej 20%	22
	356	Staw rzekomy obojczyka w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji i kończyny: zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym (N)* powyżej 20%	16

Uwaga:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym oceniać wyłącznie wg pkt 102.

102	357	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego (D)* w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji: brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I stopnia)	5
	358	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego (N)* w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji: brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I stopnia)	3
	359	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego (D)* w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji: wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II, II/III stopnia)	10
	360	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego (N)* w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji: wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II, II/III stopnia)	8

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	361	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego (D)* w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji: wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II/III, III stopnia)	17
	362	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego (N)* w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji: wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II/III, III stopnia)	14
Uwaga:			
W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pkt 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pkt 181.			
103	363	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości ocenia się wg pkt 100–102 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
104	364	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (D)* (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	6
	365	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (N)* (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	4
	366	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (D)* (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	15
	367	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (N)* (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	11
	368	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (D)* (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.: znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26
	369	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (N)* (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.: znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21
105	370	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (D)* w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: ograniczenie umiarkowane	20
	371	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (N)* w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: ograniczenie umiarkowane	15
	372	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego(D)* w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: ograniczenie znaczne	35

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	373	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (N)* w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: ograniczenie znaczne	30
106	374	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (D)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości z niewielkim ograniczeniem	7
	375	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (N)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości z niewielkim ograniczeniem	5
	376	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (D)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości z umiarkowanym ograniczeniem	15
	377	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (N)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości z umiarkowanym ograniczeniem	12
	378	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (D)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości ze znacznym ograniczeniem	23
	379	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (N)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości ze znacznym ograniczeniem	18
	380	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (D)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: nie leczone operacyjnie	25
	381	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego (N)* potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną: nie leczone operacyjnie	20

Uwaga:

Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy ocenie według pkt 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.

107	382	Staw (D)* wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	35
	383	Staw (N)* wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	30

Uwaga:

Staw wiotki z powodu porażenia – ocenia się wg norm neurologicznych.

108	384	Zesztywnienie stawu barkowego (D)* (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym): w ustawieniu czynnościowo korzystnym w zależności od ustawienia i funkcji	31
	385	Zesztywnienie stawu barkowego (N)* (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym): w ustawieniu czynnościowo korzystnym w zależności od ustawienia i funkcji	26
	386	Zesztywnienie stawu barkowego (D)* (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym): w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	387	Zesztywnienie stawu barkowego (N)* (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym): w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35
109	388	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu ocenia się wg pkt 104 lub 108	IND**
110	389	Uszkodzenie barku (D/N)* powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. ocenia się wg pkt 104–109 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pkt 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg pkt 181.			
111	390	Utrata kończyny (D)* w stawie ramiennie-łopatkowym	75
	391	Utrata kończyny (N)* w stawie ramiennie-łopatkowym	70
112	392	Utrata kończyny (D)* wraz z łopatką	80
	393	Utrata kończyny (N)* wraz z łopatką	75
Zakresy ruchomości staw ramiennie-łopatkowego – zgięcie 0–180 stopni, wyprost 0–60 stopni, odwodzenie 0–90 stopni, unoszenie 90–180 stopni (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0–180 stopni), przywodzenie 0–50 stopni, rotacja zewnętrzna 0–70 stopni, rotacja wewnętrzna 0–100 stopni (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20–40 stopni zgięcia, 20–50 stopni odwiedzenia i 30–50 stopni rotacji wewnętrznej)			
113	394	Złamanie trzonu kości ramiennej (D)* w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym: upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 30%	10
	395	Złamanie trzonu kości ramiennej (N)* w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym: upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 30%	7
	396	Złamanie trzonu kości ramiennej (D)* w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym: upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	25
	397	Złamanie trzonu kości ramiennej (N)* w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym: upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	20
	398	Złamanie trzonu kości ramiennej (D/N)* w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym: złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg pkt 113 kod 395 lub kod 396 zwiększając % wartości uszczerbku o 10%.	10
114	399	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów (D)* w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: zmiany niewielkie	5
	400	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów (N)* w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: zmiany niewielkie	4

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	401	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów (D)* w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: zmiany średnie	8
	402	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów (N)* w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: zmiany średnie	7
	403	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów (D)* w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: zmiany duże	15
	404	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów (N)* w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: zmiany duże	12

Uwaga:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać wg pkt 113.

115	405	Utrata kończyny (D)* w obrębie ramienia z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	75
	406	Utrata kończyny (N)* w obrębie ramienia z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70
	407	Utrata kończyny (D)* w obrębie ramienia przy dłuższych kikutach	70
	408	Utrata kończyny (N)* w obrębie ramienia przy dłuższych kikutach	65
116	409	Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia (D)*	5
	410	Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia (N)*	4
117	411	Złamania w obrębie łokcia (D)* (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	5
	412	Złamania w obrębie łokcia (N)* (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
	413	Złamania w obrębie łokcia (D)* (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	13
	414	Złamania w obrębie łokcia (N)* (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	9
	415	Złamania w obrębie łokcia (D)* (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21
	416	Złamania w obrębie łokcia (N)* (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	17

Uwaga:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać wg pkt 117.

118	417	Zesztywnienie stawu łokciowego (D)* w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25
-----	-----	--	----

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	418	Zesztywnienie stawu łokciowego (N)* w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia.	20
	419	Zesztywnienie stawu łokciowego (D)* w zgięciu zbliżonym do kąta prostego	30
	420	Zesztywnienie stawu łokciowego (N)* w zgięciu zbliżonym do kąta prostego	25
	421	Zesztywnienie stawu łokciowego (D)* w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45
	422	Zesztywnienie stawu łokciowego (N)* w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	40
	423	Zesztywnienie stawu łokciowego (D)* w innych niekorzystnych ustawieniach	40
	424	Zesztywnienie stawu łokciowego (N)* w innych niekorzystnych ustawieniach	35
	Uszkodzenia łokcia (D)*: zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%		
119	425	od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
	426	Uszkodzenia łokcia (N)*: zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
	427	Uszkodzenia łokcia (D)*: zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	11
	428	Uszkodzenia łokcia (N)*: zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	8
	429	Uszkodzenia łokcia (D)*: zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20
	430	Uszkodzenia łokcia (N)*: zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16
120	431	Cepowy staw łokciowy (D)* utrwalony mimo leczenia	25
	432	Cepowy staw łokciowy (N)* utrwalony mimo leczenia	20
121	433	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się wg pkt 117–120 zwiększając % wartości uszczerbku na zdrowiu o	5

Uwaga:
Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80°
(pozycja funkcjonalna 80 stopni zgięcia)

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
122	434	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (D)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	5
	435	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (N)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	4
	436	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (D)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	11
	437	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (N)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	8
	438	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (D)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	18
	439	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (N)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	14
	440	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (Prawe), powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	20
	441	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (N)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15
	442	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (D)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	25
	443	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia (N)*, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji: usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	20
123	444	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia (D)* w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: niewielkie zmiany.	6
	445	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia (N)* w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: niewielkie zmiany	5
	446	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia (D)* w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: średnie zmiany	12
	447	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia (N)* w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: średnie zmiany	9
	448	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia (D)* w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: duże zmiany, zmiany wtórne i inne	25
	449	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia (N)* w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
124	450	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia (D)*, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): niewielkie zmiany	5
	451	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia (N)*, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): niewielkie zmiany	4
	452	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia (D)*, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): średnie zmiany	8
	453	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia (N)*, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): średnie zmiany	7
	454	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia (D)*, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): znaczne zmiany	15
	455	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia (N)*, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): znaczne zmiany.	12

Uwaga:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać wg pkt 122, 123, 125, 126.

125	456	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej (D)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: średniego stopnia	20
	457	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej (N)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: średniego stopnia	15
	458	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej (D)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: dużego stopnia	30
	459	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej (N)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: dużego stopnia.	25

Uwaga:

W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym oceniać wyłącznie wg pkt 125.

126	460	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia (D)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych: średniego stopnia.	21
	461	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia (N)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych: średniego stopnia.	15
	462	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia (D)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych: dużego stopnia	35
	463	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia (N)* w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych: dużego stopnia	30

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym oceniać wyłącznie wg pkt 126.			
127	464	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej ocenia się wg pkt 122–126 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
128	465	Utrata kończyny (D)* w obrębie przedramienia w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania: przydatny	55
	466	Utrata kończyny (N)* w obrębie przedramienia w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania: przydatny	50
	467	Utrata kończyny (D)* w obrębie przedramienia w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania: nieprzydatny	65
	468	Utrata kończyny (N)* w obrębie przedramienia w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania: nieprzydatny	60
129	469	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka (D)*	60
	470	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka (N)*	55
Zakresy ruchomości przedramienia: – nawracanie 0–80 stopni, odwracanie 0–80 stopni (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20 stopni nawrócenia)			
130	471	Uszkodzenia nadgarstka (D)*: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	5
	472	Uszkodzenia nadgarstka (N)*: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	4
	473	Uszkodzenia nadgarstka (D)*: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	10
	474	Uszkodzenia nadgarstka (N)*: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	8
	475	Uszkodzenia nadgarstka (D)*: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16
	476	Uszkodzenia nadgarstka (N)*: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13
131	477	Całkowite zeszytywnienie w obrębie nadgarstka (D)*: w ustawieniu czynnościowo korzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	20

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	478	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka (N)*: w ustawieniu czynnościowo korzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15
	479	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka (D)*: w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25
	480	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka (N)*: w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	20
132	481	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami ocenia się wg poz. 130–131 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
133	482	Utrata ręki (D)* na poziomie nadgarstka	60
	483	Utrata ręki (N)* na poziomie nadgarstka	55

Zakresy ruchomości nadgarstka:

zgięcie dłoniowe 60 stopni (czynne), 80 stopni (bierne), zgięcie grzbietowe 60 stopni (czynne), 80 stopni (bierne), odchylenie promieniowe 20 stopni, odchylenie łokciowe 30 stopni, (pozycja funkcjonalna – od 10 stopni zgięcia dłoniowego do 10 stopni zgięcia grzbietowego i od 0 do 10 stopni odchylenia łokciowego).

134	484	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: I kość śródreżca (w zależności od funkcji kciuka) z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	4
	485	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: I kość śródreżca (w zależności od funkcji kciuka) z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	3
	486	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: I kość śródreżca (w zależności od funkcji kciuka) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	8
	487	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: I kość śródreżca (w zależności od funkcji kciuka) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7
	488	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: I kość śródreżca (w zależności od funkcji kciuka) z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	14
	489	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: I kość śródreżca (w zależności od funkcji kciuka) z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	12
	490	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: II kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca wskazującego) z ograniczeniem ruchomości do 30%	3
	491	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: II kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca wskazującego) z ograniczeniem ruchomości do 30%	2
	492	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: II kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca wskazującego) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	493	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: II kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca wskazującego) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	5
	494	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: II kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca wskazującego) z ograniczeniem powyżej 60%	10
	495	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: II kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca wskazującego) z ograniczeniem powyżej 60%	8
	496	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: III kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	2
	497	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: III kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	1
	498	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: III kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	4
	499	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: III kość śródreżca (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3
	500	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: IV, V kość śródreżca (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) ocena osobna dla każdej kości śródreżca z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	2
	501	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: IV, V kość śródreżca (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) ocena osobna dla każdej kości śródreżca z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	1
	502	Uszkodzenie śródreżca (D)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: IV, V kość śródreżca (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) ocena osobna dla każdej kości śródreżca z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3
	503	Uszkodzenie śródreżca (N)*: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych: IV, V kość śródreżca (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) ocena osobna dla każdej kości śródreżca z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2
135	504	Utrata w zakresie kciuka (D)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: częściowa lub całkowita utrata opuszki	2
	505	Utrata w zakresie kciuka (N)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: częściowa lub całkowita utrata opuszki	1
	506	Utrata w zakresie kciuka (D)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	10

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	507	Utrata w zakresie kciuka (N)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	6
	508	Utrata w zakresie kciuka (D)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości p. podstawnego)	12
	509	Utrata w zakresie kciuka (N)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości p. podstawnego)	8
	510	Utrata w zakresie kciuka (D)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca.	16
	511	Utrata w zakresie kciuka (N)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca.	13
	512	Utrata w zakresie kciuka (D)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: utrata obu paliczków z kością śródreżca	25
	513	Utrata w zakresie kciuka (N)* w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: utrata obu paliczków z kością śródreżca	20
	Inne uszkodzenia kciuka (D)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich)		
136	514	w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	3
	515	Inne uszkodzenia kciuka (N)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	2
	516	Inne uszkodzenia kciuka (D)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26–50%	6
	517	Inne uszkodzenia kciuka (N)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26–50%	4
	518	Inne uszkodzenia kciuka (D)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51–75%	11
	519	Inne uszkodzenia kciuka (N)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51–75%	9
	520	Inne uszkodzenia kciuka (D)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16
	521	Inne uszkodzenia kciuka (N)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	12

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	522	Inne uszkodzenia kciuka (D)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródreżca.	20
	523	Inne uszkodzenia kciuka (N)* (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych: rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródreżca	16

Uwaga:

Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.

Zakresy ruchomości kciuka:

- staw śródreżczo-paliczkowy 0–60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy 0–80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- odwodzenie 0–50°
- przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródreżczo-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm
- opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródreżczo-paliczkowych na wysokości III stawu śródreżczo-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm

Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata częściowa opuszki			
137	524	Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata częściowa opuszki	2
	525	Utrata w obrębie wskaziciela (N)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata częściowa opuszki	1
	526	Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata paliczka paznokciowego	5
	527	Utrata w obrębie wskaziciela (N)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata paliczka paznokciowego	3
	528	Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	8
	529	Utrata w obrębie wskaziciela (N)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6
	530	Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata paliczka środkowego	10
	531	Utrata w obrębie wskaziciela (N)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata paliczka środkowego	8
	532	Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata trzech paliczków	15
	533	Utrata w obrębie wskaziciela (N)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata trzech paliczków	10
	534	Utrata w obrębie wskaziciela (D)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata wskaziciela z kością śródreżca	20
	535	Utrata w obrębie wskaziciela (N)* w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki: utrata wskaziciela z kością śródreżca	15

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
138	536	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (D)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
	537	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (N)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	2
	538	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (D)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–40%	5
	539	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (N)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–40%	3
	540	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (D)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41–70%	9
	541	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (N)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41–70%	6
	542	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (D)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	13
	543	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (N)* : złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	9
	544	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (D)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródreżca	18
	545	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (N)*: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia: rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródreżca	13
139	546	Palec III, IV i V (D)* w zależności od poziomu utraty: palec III – utrata paliczka paznokciowego	3
	547	Palec III, IV i V (N)* w zależności od poziomu utraty: palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
	548	Palec III, IV i V (D)* w zależności od poziomu utraty: palec III – utrata dwóch paliczków	7

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	549	Palec III, IV i V (N)* w zależności od poziomu utraty: palec III – utrata dwóch paliczków	5
	550	Palec III, IV i V (D)* w zależności od poziomu utraty: palec III – utrata trzech paliczków	10
	551	Palec III, IV i V (N)* w zależności od poziomu utraty: palec III – utrata trzech paliczków	8
	552	Palec III, IV i V (D)* w zależności od poziomu utraty: palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego	2
	553	Palec III, IV i V (N)* w zależności od poziomu utraty: palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego	1
	554	Palec III, IV i V (D)* w zależności od poziomu utraty: palec IV i V – utrata dwóch paliczków	4
	555	Palec III, IV i V (N)* w zależności od poziomu utraty: palec IV i V – utrata dwóch paliczków	2
	556	Palec III, IV i V (D)* w zależności od poziomu utraty: palec IV i V – utrata trzech paliczków	7
	557	Palec III, IV i V (N)* w zależności od poziomu utraty: palec IV i V – utrata trzech paliczków	3
140	558	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)*: palec III	11
	559	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)*: palec III	9
	560	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)*: palec IV i V	9
	561	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)*: palec IV i V	5
	562	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)* (utrata mnogie) jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35
	563	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)* (utrata mnogie) jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	25
	564	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)* (utrata mnogie) całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25
	565	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)* (utrata mnogie) całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	20
	566	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)* (utrata mnogie) całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12
	567	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)* (utrata mnogie) całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	8
	568	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)* (utrata mnogie) całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20
	569	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)* (utrata mnogie) całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	15
	570	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)* (utrata mnogie) całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	45
	571	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)* (utrata mnogie) całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	40
	572	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (D)* (utrata mnogie) całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	40

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	573	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca (N)* (utruty mnogie) całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	35
141	574	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	2
	575	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1
	576	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	4
	577	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3
	578	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	5
	579	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	3
	580	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	8
	581	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia: palec III: ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6
	582	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	2
	583	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1
	584	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznyc i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	585	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	2
	586	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	4
	587	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	2
	588	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (D)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6
	589	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (N)* – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych za każdy palec w zależności od stopnia palec IV i V: ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	3

Uwaga:

Łączny % wartości uszczerbku ręki nie może przekroczyć 55% – prawej i 50% – lewej.

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w pkt 140 kod 562–573.

Zakresy ruchomości – PALCE II – V:

- staw śródrečno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

Ł Uszkodzenia kończyny dolnej

142	590	Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	75
143	591	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	3
	592	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	18
	593	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	30

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
144	594	Zesztywnienie stawu biodrowego w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki: w ustawieniu czynnościowo korzystnym	35
	595	Zesztywnienie stawu biodrowego w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki: w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	45
145	596	Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. ocenia się wg poz. 143 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
146	597	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu: bez ograniczeń funkcji	15
	598	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	20
	599	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu: znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	40

Uwaga:

Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę uszczerbku ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pkt 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg pkt 181.

Zakresy ruchomości stawu biodrowego

– zgięcie 0–120°, wyprost 0–20°, odwodzenie 0–50°, przywodzenie 0–40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0–45°, rotacja do wewnątrz 0–50°.

147	600	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych: skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	8
	601	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych: skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	15
	602	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych: skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	25
	603	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	13
	604	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych: średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	22

^{*}(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej ^{**}IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	605	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych: duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	35
148	606	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny	50
149	607	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od zaburzeń funkcji kończyny: niewielkiego stopnia	3
	608	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od zaburzeń funkcji kończyny: średniego stopnia	7
	609	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od zaburzeń funkcji kończyny: znacznego stopnia	12

Uwaga:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać wg pkt 147.

150	610	Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań: niewielkiego stopnia	7
	611	Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań: średniego stopnia	15
	612	Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań: znacznego stopnia	25

151	613	Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym ocenia się wg pkt 147 zwiększając % wartości uszczerbku⁵ w zależności od rozmiarów powikłań o	
-----	-----	--	--

152	614	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt 147–150 zwiększając % wartości uszczerbku w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu: małego stopnia o	10
	615	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt 147–150 zwiększając % wartości uszczerbku w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu: średniego stopnia o	30
	616	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt 147–150 zwiększając % wartości uszczerbku w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu: znacznego stopnia o	50

Uwaga:

Łączny % wartości uszczerbku ocenianego wg pkt 147–152 i pkt 153 nie może przekroczyć 70%.

153	617	Utrata kończyny	70
154	618	Złamania kości tworzących staw kolanowy w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo^{IND**} ocenia się wg pkt 155, 156: utrata ruchomości w zakresie 0–40 za każde 2 stopnie ubytku ruchu 1%	

^(D) – dotyczy strony dominującej; ^(N) – dotyczy strony niedominującej ^{**IND} – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	619	Złamania kości tworzących staw kolanowy w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg pkt 155, 156: utrata ruchomości w zakresie 41–90 za każde 5 stopni ubytku ruchu 1%	IND**
	620	Złamania kości tworzących staw kolanowy w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg pkt 155, 156: utrata ruchomości w zakresie 91–120 za każde 10 stopni ubytku ruchu 1%	IND**
	621	Złamania kości tworzących staw kolanowy w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg pkt 155, 156: zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	25
	622	Złamania kości tworzących staw kolanowy w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg pkt 155, 156: zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155	623	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się wg pkt 154: niestabilność jednopłaszczyznowa I stopnia, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	5
	624	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się wg pkt 154: niestabilność jednopłaszczyznowa II, dwupłaszczyznowa I	10
	625	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się wg pkt 154: niestabilność jednopłaszczyznowa III lub dwupłaszczyznowa II	15
	626	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się wg pkt 154: niestabilność dwupłaszczyznowa III	22
	627	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się wg pkt 154: pełna niestabilność wielopłaszczyznowa	30
156	628	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki), złamania rzepki, w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości ocenia się wg pkt 154 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
157	629	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostów do 120° dla zgięcia.			
158	630	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych: skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	10
	631	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych: skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	20

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	632	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych: skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	25
	633	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	15
	634	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych: średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm	29
	635	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych: duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	35
159	636	Izolowane złamanie strzałki w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	3
160	637	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	3
	638	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	7
	639	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych: znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	12
161	640	Utrata kończyny w obrębie podudzia w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	60
	641	Utrata kończyny w obrębie podudzia w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: przy dłuższych kikutach	50
Uwaga:			
W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pkt 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg pkt 181.			
162	642	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości: skręcenia niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
	643	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości: zwichnięcia lub złamania z ograniczeniem ruchomości niewielkiego stopnia do 20%	5
	644	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości: uszkodzenia średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	8
	645	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości: uszkodzenia dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	20

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	646	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości: powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć % wartości uszczerbku o	5
163	647	Zesztywnienie stawu skokowo- goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji: pod kątem zbliżonym do prostego ± 5 stopni	20
	648	Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji: w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	30
	649	Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji: w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp.	35
164	650	Złamania kości skokowej lub piętowej w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
	651	Złamania kości skokowej lub piętowej w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	8
	652	Złamania kości skokowej lub piętowej w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20
165	653	Utrata kości skokowej i/lub piętowej w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań: częściowa utrata	30
	654	Utrata kości skokowej i/lub piętowej w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań: całkowita utrata	40
166	655	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi: zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
	656	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi: zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	8
	657	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi: zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20
167	658	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych: I lub V kości śródstopia: niewielkie zmiany bez zniekształceń	3
	659	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych I lub V kości śródstopia: znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	7
	660	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych: II, III lub IV kości śródstopia: niewielkie zmiany	2
	661	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych: II, III lub IV kości śródstopia: znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	5

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	662	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych: złamania trzech i więcej kości śródstopia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: niewielkiego stopnia	6
	663	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych: złamania trzech i więcej kości śródstopia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych znacznego stopnia	15
168	664	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg pkt 167 zwiększając % wartości uszczerbku o	5
169	665	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia: skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych: zmiany niewielkie	3
	666	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia: skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych: średnie zmiany	7
	667	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia: skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych: duże zmiany	15
170	668	Utrata stopy w całości	50
171	669	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
172	670	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
173	671	Utrata stopy w okolicy stępu-śródstopnej	25

Zakresy ruchomości stawu skokowego

– zgięcie grzbietowe 0–20°, zgięcie podszwowe 0–40–50°, nawracanie 0–10°, odwracanie 0–40°, przywodzenie 0–10°, odwodzenie 0–10°.

Uwaga:

W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pkt 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg pkt 181.

174	672	Uszkodzenie palucha w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych: ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	2
	673	Uszkodzenie palucha w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych: utrata paliczka paznokciowego palucha	4
	674	Uszkodzenie palucha w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych: utrata całego palucha	10
175	675	Inne uszkodzenia palucha w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości: niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2

^(D) – dotyczy strony dominującej; ^(N) – dotyczy strony niedominującej ^{**}IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	676	Inne uszkodzenia palucha w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości: średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	4
	677	Inne uszkodzenia palucha w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości: duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	8
176	678	Utrata palucha: wraz z kością śródstopia w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	15
	679	Utrata palucha: wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	20
	680	Utrata palucha: wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	30
177	681	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V: częściowa utrata	1
	682	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V: całkowita utrata	2
	683	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V: całkowita strata czterech palców stóp	10
	684	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V: znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	2
178	685	Utrata palca V z kością śródstopia	8
179	686	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia	5
180	687	Uszkodzenia II, III, IV i V palca: zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców oceniać łącznie: niewielkie zmiany	2
	688	Uszkodzenia II, III, IV i V palca: zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców oceniać łącznie: znaczne zmiany	5

Zakresy ruchomości palców stopy

- zgięcie 0–40° (czynne), 0–60° (bierne)
- wyprost 0–45°(czynne), 0–80° (bierne).

Uwaga:

Łączny % wartości uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

M Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych

181	689	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń: nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym (D/N): umiarkowany	7
	690	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń: nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym (D/N): znaczny	15
	691	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piersiowego długiego (D)*: umiarkowany	7
	692	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piersiowego długiego (N)*: umiarkowany	5

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
693		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piersiowego długiego (D)*: znaczny	15
694		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piersiowego długiego (N)*: znaczny	10
695		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
696		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
697		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	15
698		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	10
699		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	25
700		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	20
701		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu mięśniowo-skórnego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
702		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu mięśniowo-skórnego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
703		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu mięśniowo-skórnego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	15
704		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu mięśniowo-skórnego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	10
705		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	25
706		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu mięśniowo-skórnego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	20
707		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego powyżej odejścia gałzki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
708		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego powyżej odejścia gałzki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
709		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego powyżej odejścia gałzki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	20
710		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego powyżej odejścia gałzki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	15
711		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego powyżej odejścia gałzki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	40

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	712	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	30
	713	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
	714	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
	715	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	15
	716	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	13
	717	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	30
	718	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	25
	719	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
	720	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	3
	721	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	15
	722	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	10
	723	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	25
	724	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	15
	725	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	4
	726	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	2
	727	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	10

(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
	728	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	7
	729	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	15
	730	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	10
	731	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
	732	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
	733	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	20
	734	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	15
	735	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	40
	736	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	30
	737	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
	738	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
	739	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	10
	740	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	7
	741	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	20
	742	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: znaczny	15
	743	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: niewielki	5
	744	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: niewielki	4
	745	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: umiarkowany	15
	746	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (N)*: umiarkowany	10
	747	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu (D)*: znaczny	25

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
748		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu N): znaczny	20
749		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) (D)*: niewielki	10
750		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) (N)*: niewielki	5
751		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) (D)*: umiarkowany	15
752		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) (N)*: umiarkowany	10
753		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) (D)*: znaczny	25
754		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)(N)*: znaczny	20
755		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) (D)*: niewielki	15
756		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) (N)*: niewielki	10
757		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) (D)*: umiarkowany	25
758		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) (N)*: umiarkowany	20
759		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) (D)*: znaczny	45
760		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) (N)*: znaczny	40
761		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego: niewielki	3
762		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego: umiarkowany	10
763		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego: znaczny	15
764		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu zasłonowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: niewielki	3
765		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu zasłonowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: umiarkowany	10
766		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu zasłonowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: znaczny	15
767		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu udowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: niewielki	3
768		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu udowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: umiarkowany	15

* (D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
769		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu udowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: znaczny	30
770		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwów pośladkowych (górnego i dolnego): niewielki	4
771		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwów pośladkowych (górnego i dolnego): umiarkowany	10
772		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwów pośladkowych (górnego i dolnego): znaczny	20
773		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu sromowego wspólnego: niewielki	5
774		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu sromowego wspólnego: umiarkowany	10
775		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu sromowego wspólnego: znaczny	25
776		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy: niewielki	15
777		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy: umiarkowany	30
778		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy: znaczny	50
779		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piszczelowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: niewielki	5
780		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piszczelowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: umiarkowany	15
781		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu piszczelowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: znaczny	30
782		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu strzałkowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: niewielki	5
783		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu strzałkowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: umiarkowany	10
784		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń nerwu strzałkowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu: znaczny	20
785		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu lędźwiowo-krzyżowego: umiarkowany	30
786		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń splotu lędźwiowo-krzyżowego: znaczny	60
787		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego: niewielki	2
788		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego: umiarkowany	5
789		Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego: znaczny	10

*(D) – dotyczy strony dominującej; (N) – dotyczy strony niedominującej **IND – wartość % Uszczerbku na zdrowiu jest wynikiem indywidualnej oceny danego zdarzenia

Punkt	Kod zdarzenia	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	% Uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego.			
182	790	Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną stopnia umiarkowanego	30
	791	Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną stopnia znacznego	50

Uwaga:
W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

Uwagi ogólne:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości % wartości uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania % wartości uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

Łączny % wartości uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% uszczerbku, na tułowiu za 3% TBSA – 1% uszczerbku.

Tabela Złamań i Zwichnięć nr 1/2015

A.	Kod zdarzenia	Zwichnięcia	% Sumy ubezpieczenia
1	Z01	Zwichnięcie stawu ramiennego	5%
2	Z02	Zwichnięcie stawu barkowo-obończykowego	5%
3	Z03	Zwichnięcie stawu mostkowo-obończykowego	5%
4	Z04	Zwichnięcie stawu łokciowego	5%
5	Z05	Zwichnięcie nadgarstka	5%
6	Z06	Zwichnięcie stawu biodrowego	5%
7	Z07	Zwichnięcie stawu kolanowego	5%
8	Z08	Zwichnięcie stawu skokowego	5%
B.	Kod zdarzenia	Złamania	% Sumy ubezpieczenia
1	W01	Złamanie kości podstawy czaszki	5%
2	W02	Złamanie kości sklepienia czaszki	5%
3	W03	Złamanie oczodołu	5%
4	W04	Złamanie kości jarzmowej	5%
5	W05	Złamanie szczęki	5%
6	W06	Złamanie żuchwy	5%
7	W07	Złamanie jednego lub kilku kręgów kręgosłupa	5%
8	W08	Złamanie dwóch lub więcej żeber	5%
9	W09	Złamanie obojczyka	5%
10	W10	Złamanie łopatki	5%
11	W11	Złamanie kości ramiennej	5%
12	W12	Złamanie kości łokciowej	5%
13	W13	Złamanie kości promieniowej	5%
14	W14	Złamanie jednej lub kilku kości nadgarstka	5%
15	W15	Złamanie jednej lub kilku kości śródreżca	5%
16	W16	Złamanie kciuka	5%
17	W17	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	10%
18	W18	Złamanie kości udowej	10%
19	W19	Złamanie kości piszczelowej	10%
20	W20	Złamanie strzałki	5%
21	W21	Złamanie kości piętowej	5%
22	W22	Złamanie kości skokowej	5%
23	W23	Złamanie jednej lub kilku kości śródstopia	5%
24	W24	Złamanie rzepki	5%

Informacje dotyczące:

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

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała dziecka

nr OWU/AC12/1/2018

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **„Dziecko”** – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 3. rok życia a nie ukończył 17. roku życia.
- 2) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy, ile pieniędzy wypłacimy Dziecku z Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka.
- 3) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
- 4) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 5) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
- 6) **„Złamanie”** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
- 7) **„Zwichnięcie”** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

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

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

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

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

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

Art. 7 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego Dziecka?

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

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

Art. 10 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

Nie wypłacimy pieniędzy, jeśli Uszkodzenie ciała:

- a) jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
- b) jest następstwem spożywania lub pozostawiania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- c) miało miejsce w następstwie prowadzenia przez Dziecko pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie było do tego uprawnione lub

jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,

- d) jest następstwem udziału Dziecka w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie, speleologia, sporty walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
- e) powstało w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

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

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 – Tabela Uszkodzeń ciała dziecka nr 1/2016

Do warunków Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka

Urazy głowy		%
D01	Rany skóry głowy wymagające szycia	3
D02	Złamanie kości postawy czaszki	12
D03	Złamanie kości sklepienia czaszki	12
D04	Złamanie kości oczodołu	10
D05	Złamanie kości jarzmowych	10
D06	Złamanie kości szczękowych	10
D07	Złamanie żuchw	6
D08	Złamanie kości nosa	6
D09	Złamanie przegrody nosa	3
D10	Wstrząśnienie mózgu	20
D11	Stłuczenie mózgu	60
D12	Krwiaki wewnątrzczaszkowe	80
D13	Rany powiek wymagające szycia	3
D14	Rany spojówek	3
D15	Erozja rogówki	6
D16	Uszkodzenie kanaliką łzowego	12
D17	Zranienie gałki ocznej z perforacją	30
D18	Rany twarzy wymagające szycia	4
D19	Rany szyi wymagające szycia	4
D20	Rany ucha wymagające szycia	4
D21	Rany wargi wymagające szycia	4
D22	Rany języka wymagające szycia	5
D23	Utrata zęba stałego	1
D24	Uszkodzenie błony bębenkowej	8
Ciała obce		%
D25	Ciało obce w drogach oddechowych wymagające usunięcia	15
D26	Ciało obce w przełyku wymagające usunięcia	15

Rany powłok, ścięgien i mięśni		%
D27	Rany kończyny górnej wymagające szycia	3
D28	Rany kończyny dolnej wymagające szycia	3
D29	Rany tułowia wymagające szycia	3
D30	Uszkodzenie jednego lub kilku ścięgien	5
D31	Uszkodzenie jednego lub kilku mięśni	10
Skręcenia		%
D32	Skręcenie stawu skokowego	3
D33	Skręcenie stawu kolanowego	4
D34	Skręcenie kręgosłupa szyjnego	5
D35	Skręcenie kręgosłupa piersiowego	5
D36	Skręcenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	5
Zwichnięcia		%
D37	Zwichnięcie stawu ramennego	6
D38	Zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego	6
D39	Zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego	6
D40	Zwichnięcie stawu łokciowego	6
D41	Zwichnięcie nadgarstka	6
D42	Zwichnięcie stawu biodrowego	6
D43	Zwichnięcie stawu kolanowego	6
D44	Zwichnięcie stawu skokowego	6
Złamania		%
D45	Złamanie kręgosłupa – trzonu lub łuku kręgowego - jednego kręgu	7
D46	Złamanie kręgosłupa - wyrostków poprzecznych, stawowych, kolczystych -jednego kręgu	4
D47	Złamanie obojczyka	8
D48	Złamanie mostka	6
D49	Złamanie jednego żebra	2
D50	Złamanie łopatki	12

D51	Złamanie kości ramiennej	10
D52	Złamanie kości łokciowej	8
D53	Złamanie kości promieniowej	8
D54	Złamanie jednej lub kilku kości nadgarstka	7
D55	Złamanie jednej lub kilku kości śródreżca	5
D56	Złamanie jednego palca - środkowy, serdeczny, mały	3
D57	Złamanie kciuka	5
D58	Złamanie wskaziciela	4
D59	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej) – z przerwaniem ciągłości obręczy	25
D60	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej) bez przerwania ciągłości obręczy	15
D61	Złamanie kości guzicznej	5
D62	Złamanie kości udowej	15
D63	Złamanie kości piszczelowej	10
D64	Złamanie strzałki	5
D65	Złamanie kości piętowej	8
D66	Złamanie kości skokowej	8
D67	Złamanie jednej lub kilku innych kości stępu (łódkowatej, sześcienniej lub klinowatych)	6
D68	Złamanie jednej lub kilku kości śródstopia	4
D69	Złamanie palucha	3
D70	Złamanie jednego lub kilku palców stopy (od drugiego do piątego)	2

Urazy narządów %

D71	Uszkodzenie gardła	10
D72	Uszkodzenie przełyku	25
D73	Uszkodzenie żołądka	25
D74	Uszkodzenie dwunastnicy	25
D75	Uszkodzenie jelita lub krezki jelita	25
D76	Uszkodzenie sieci	20
D77	Uszkodzenie krtani	20
D78	Uszkodzenie tchawicy	20
D79	Uszkodzenie opłucnej, odma opłucnowa	15
D80	Uszkodzenie płuca	25
D81	Uszkodzenie serca	50
D82	Uszkodzenie przepony	20
D83	Uszkodzenie wątroby	25
D84	Uszkodzenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych	25
D85	Uszkodzenie trzustki	25
D86	Uszkodzenie śledziony	15
D87	Uszkodzenie odbytnicy lub odbytu	15

D88	Uszkodzenie nerek	35
D89	Uszkodzenie krocza, narządów płciowych	10
D90	Uszkodzenie pęcherza	10
D91	Uszkodzenie moczowodów lub cewki moczowej	10

Oparzenia %

D92	Oparzenia – I/II stopnia obejmujące <10 % powierzchni ciała	7
D93	Oparzenia -II stopnia obejmujące 10 -15 % i III stopnia obejmujące < 5 % powierzchni ciała	15
D94	Oparzenia -II stopnia obejmujące 16-25 % powierzchni ciała oraz III stopnia obejmujące 5-10 %, wszystkie oparzenia obejmujące twarz, ręce, oczy, uszy, stopy i krocze	30
D95	Oparzenia –II stopnia obejmujące > 25 % powierzchni ciała oraz III stopnia obejmujące > 10 % powierzchni ciała	60

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/AD12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/AD12/1/2016

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
2. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
3. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
4. **„Suma ubezpieczenia”** – pieniądze wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

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

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

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

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

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

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

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

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

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

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

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
- b) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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

Anna Grzełońska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

nr OWU/AT12/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

nr OWU/AT12/1/2016

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

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

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

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

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

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

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

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

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

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

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

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

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

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
- b) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

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

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

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

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

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

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

Art. 5 Jakie są obowiązki właściciela polisy?

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

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

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

Art. 6 Jakie są obowiązki Nationale-Nederlanden?

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

Art. 7 Jaka jest wysokość składki?

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

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

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

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

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

- a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden opisanych w Warunkach,
- b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- c) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- d) spożywania lub pozostawiania przez Właściciela polisy w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Właściciela polisy, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- f) Choroby psychicznej.

Art. 9 Zastosowanie Warunków

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 6, Art. 9 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

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

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

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

Kogo ubezpieczamy? – Co obejmuje ubezpieczenie?

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

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

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

3. Ubezpieczenie obejmuje:

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

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

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

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

Art. 4 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Art. 6 Jakie są Twoje obowiązki?

Możemy prosić Cię o poddanie się badaniom orzeczniczym. Wizyta odbędzie się w wyznaczonej przez nas placówce medycznej i na nasz koszt. Odmowa poddania się badaniom w terminie określonym przez Nas może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

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

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

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

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

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

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

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

- b) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną Całkowitą niezdolność do pracy, orzeczenie o Niezdolności do pracy lub przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, orzeczenie komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych; orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej; orzeczenie lekarza rzeczoznawcy KRUS),
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Niezdolności do pracy (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskim, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
- d) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności wypadku (np. notatki urzędowej z policji lub innej), – jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do pracy,
- e) innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty miesięcznego świadczenia, które powinieneś dostarczyć na nasz wniosek.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy pieniędzy?

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

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Jak wypłacane są pieniądze?

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

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

Wariant podstawowy (IP 12)



Wariant rozszerzony (IA 12)



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

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

„Ochrona jutra”

Tabela limitów i opłat

TLiO/TUL1/2/2022

Tabela zatwierdzona przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 37/2022 z dnia 21 czerwca 2022 r., wchodząc w życie z dniem 22 czerwca 2022 r.

W Tabeli podane są maksymalne stawki opłat. Pojęcia użyte w Tabeli należy rozumieć zgodnie z zapisami Warunków TUL1: Ubezpieczenie na życie „Ochrona jutra”.

Minimalna Składka

Minimalna Składka ochronna (po uwzględnieniu rabatów)

	Jeden Ubezpieczony	Dwóch i więcej Ubezpieczonych
Miesięczna	39 zł	59 zł
Kwartalna	117 zł	177 zł
Półroczna	234 zł	354 zł
Roczna	468 zł	708 zł

Powyższe limity obowiązują dla Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków złożonych od dnia 18 maja 2022 r.

Minimalne Sumy ubezpieczenia

Umowa podstawowa: 1 000 zł

Umowa dodatkowa	Minimalna Suma ubezpieczenia
Na wypadek uszkodzenia ciała	40 000 zł
Na wypadek uszkodzenia ciała dziecka	20 000 zł
Na wypadek nowotworu ON/ONA	40 000 zł
Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów	20 000 zł
Pozostałe umowy dodatkowe	5 000 zł

Maksymalne sumy ubezpieczenia

Umowa podstawowa:

- dorośli – suma ubezpieczenia ustalana indywidualnie z Właścicielem polisy;
- dzieci do 18 roku życia – 50 000 zł.

Nazwa Umowy dodatkowej zawieranej w ramach Umowy ubezpieczenia	Maksymalna Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej zawieranej w ramach jednej Umowy ubezpieczenia, dla jednego Ubezpieczonego	Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia ze wszystkich Umów dodatkowych zawartych do wszystkich umów ubezpieczenia na życie zawartych w Nationale-Nederlanden, na rzecz jednego Ubezpieczonego. Umowy dodatkowe zostały wskazane według ich kodów określonych w OWU tych umów dodatkowych.	
Na wypadek uszkodzenia ciała (AI12, BI12, AB12)	150 000 zł	150 000 zł	AI12, BI12, AB12, AI13, BI13, AB13
Na wypadek uszkodzenia ciała dziecka (AC12)	50 000 zł	50 000 zł	AC12
Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku (PD12)	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18. r.ż.)	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18. r.ż.)	PDR0, PDR1, PDR6, PDR7, PDR9, PDI0, PDI1, PDC0, PDN1, PD12
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (AD12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	ADR0, ADR1, ADR6, ADR9, ADN1, AD12, AD13
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (AT12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	AT12, AT13
Pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby (HD12, HE12)	40 000 zł	50 000 zł	HRI3, HRI4, HRI5, HR12, HD12, HP12, HE12

Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (CD12, CU12)	600 000 zł	600 000 zł	CIR0, CIR1, CIR2, CIR3, CIR4, CIR5, CIR6, CIR7, CP12, CI12, CII0, CD12, CU12
Na wypadek nowotworu Ona (CW14, CS14, CG14), Na wypadek nowotworu On (CM14, CA14, CF14)	600 000 zł	600 000 zł	CW12, CS12, CG12, CW13, CS13, CG13, CW14, CS14, CG14, CM12, CA12, CF12, CM13, CA13, CF13, CM14, CA14, CF14
Poważne zachorowania dziecka (CR12)	300 000 zł	300 000 zł	CCR0, CR12
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy (TP12)	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18. r.ż.)	1 000 000 zł (dorośli) 200 000 zł (dzieci do 18. r.ż.)	TP12
Pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku (HB12, HF12)	40 000 zł	50 000 zł	HRA3, HI12, HB12, HF12
Diagnoza cukrzycy (DX12)	40 000 zł	40 000 zł	DX12
Poważne choroby i powikłania cukrzycy (DI12)	300 000 zł	300 000 zł	DI12
Operacja wskutek choroby dla osób z cukrzycą (DS12)	40 000 zł	40 000 zł	DS12
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą (DP12)	500 000 zł	500 000 zł	DP12

Rabaty

1. Rabat za częstotliwość opłacania Składki

Kwartalna	1% Składki ochronnej
Półroczna	2,3% Składki ochronnej
Roczna	5% Składki ochronnej

2. Rabat za metodę płatności Składki

5% za opłacanie Składki ochronnej za pomocą polecenia zapłaty.

3. Rabat za kolejnego ubezpieczonego

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

4. Rabat za pakiet

Rabat za pakiety wypadkowe

Pakiet	Umowy dodatkowe	Wariant I	Wariant II
		Suma ubezpieczenia	
Powrót do zdrowia	Pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku: wariant podstawowy (HB12)	10 000 zł – 19 999,99 zł	od 20 000 zł
	Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku (CN12)	10 000 zł – 14 999,99 zł	od 15 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%

Pakiet	Umowy dodatkowe	Wariant I	Wariant II	Wariant III
		Suma ubezpieczenia		
Na poważny wypadek	Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku (PD12)	50 000 zł–99 999,99 zł	100 000 zł–200 000 zł	od 200 000,01 zł
	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (AD12)	50 000 zł–99 999,99 zł	100 000 zł–200 000 zł	od 200 000,01 zł
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (AT12)	50 000 zł–149 999,99 zł	150 000 zł–300 000 zł	od 300 000,01 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%	20%

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia	
W razie wypadku	Pobyty w szpitalu lub operacja po wypadku: wariant podstawowy (HB12)	10 000 zł – 19 999,99 zł	od 20 000 zł
	Uszkodzenie ciała: wariant podstawowy (AI12)	40 000 zł – 150 000 zł	-
	Uszkodzenie ciała: wariant rozszerzony (BI12)	-	40 000 zł – 150 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%

		Wariant I	Wariant II	Wariant III
Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia		
Na wszelki wypadek BIS	Pobyty w szpitalu lub operacja po wypadku: wariant podstawowy (HB12) lub wariant premium (HF12)	5000 zł-14 999,99 zł	od 15 000 zł	od 20 000 zł
	Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku (CN12)	5000 zł-14 999,99 zł	od 15 000 zł	od 15 000 zł
	Uszkodzenie ciała: wariant podstawowy (AI12)	40 000 zł-150 000 zł	-	-
	Uszkodzenie ciała: wariant rozszerzony (BI12)	-	40 000 zł-150 000 zł	-
	Uszkodzenie ciała: wariant pełny (AB12)	-	-	40 000 zł-150 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%	20%

Wybór jednego z Pakietów: **Na wszelki wypadek**, **Powrót do zdrowia** oraz **W razie wypadku** wyklucza możliwość wyboru pozostałych dwóch.

Rabat za pakiety zdrowotne

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia	
W razie choroby BIS	Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów: wariant rozszerzony (CU12)	od 20 000 zł	od 20 000 zł
	Na wypadek nowotworu – Ona: wariant pełny (CG14)	od 40 000 zł	-
	Na wypadek nowotworu – On: wariant pełny (CF14)	-	od 40 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		5%	5%

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia	
W razie choroby plus BIS	Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów: wariant rozszerzony (CU12)	od 20 000 zł	od 20 000 zł
	Na wypadek nowotworu – Ona: wariant pełny (CG14)	od 40 000 zł	-
	Na wypadek nowotworu – On: wariant pełny (CF14)	-	od 40 000 zł
	Pobyty w szpitalu lub operacja wskutek choroby: wariant podstawowy (HD12) lub wariant premium (HE12)	od 10 000 zł	od 10 000 zł
	Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy (TP12)	od 50 000 zł	od 50 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	10%

Pakiet **W razie choroby plus** zawiera w sobie umowy dodatkowe z **Pakietu W razie choroby**. Rabaty za te pakiety nie sumują się.

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia	
Cukrzyca	Poważne choroby i powikłania cukrzycy (DI12)	od 10 000	od 10 000
	Operacja wskutek choroby dla osób z cukrzycą (DS12)	od 10 000	od 10 000
	Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą (DP12)		od 20 000
Rabat za każdą umowę dodatkową w pakiecie		5%	10%

Rabat za pakiet dziecięcy

Pakiet	Umowy dodatkowe	Wariant I	Wariant II
		Suma ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Dziecięcy na poważny wypadek	Pobyty w szpitalu lub operacja po wypadku: wariant podstawowy (HB12) lub wariant premium (HF12)	-	15 000 zł – 40 000 zł
	Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku (PD12)	40 000 zł – 200 000 zł	40 000 zł – 200 000 zł
	Uszkodzenie ciała dziecka (AC12)	30 000 zł – 50 000 zł	30 000 zł – 50 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		5%	10%

Pakiet	Umowy dodatkowe	Suma ubezpieczenia
Dziecięcy w razie choroby	Poważne zachorowania dziecka (CR12)	25 000 zł – 300 000 zł
	Pobyty w szpitalu lub operacja wskutek choroby: wariant podstawowy (HD12) lub wariant premium (HE12)	15 000 zł – 40 000 zł
	Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy (TP12)	70 000 zł – 200 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%

5. Rabat za ostrożność

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

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

Wysokość technicznej stopy procentowej

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

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**

22.06.2022