

Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania

Ogólne warunki ubezpieczenia
OWU/CI34/1/2020

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania nr OWU/CI34/1/2020	4
Art. 1 Definicje.....	4
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	4
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	8
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej. Szczególne warunki Umowy dodatkowej.....	8
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania Umowy dodatkowej.....	9
Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej.....	9
Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?	9
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	9
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	9
Art. 10 Zmiana Sumy ubezpieczenia	10
Art. 11 Składka za Umowę dodatkową.....	10
Art. 12 Wypłata świadczenia.....	10
Art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	11
Art. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej	12
Art. 15 Techniczna stopa procentowa	12
Art. 16 Stosowanie postanowień Ogólnych Warunków ubezpieczenia Umowy głównej	12
Art. 17 Wejście w życie Warunków	12
Załącznik nr 1	12

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Nr OWU/CI34/1/2020 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art.3, Art.4, Art. 5, Art. 9, Art. 12 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 12, Art. 13 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, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa dotycząca

poważnego zachorowania

nr OWU/CI34/1/2020

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: CIR3 albo CIR4 i są jej integralną częścią.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej CIR3 albo CIR4 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa dodatkowa**” – Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, oznaczona kodem CIR3 (wariant podstawowy) albo Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, oznaczona kodem CIR4 (wariant rozszerzony).
- 2) „**Umowa główna**” – umowa ubezpieczenia, której przedmiotem jest życie Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 3) „**Ubezpieczony**” – Ubezpieczony z Umowy głównej, osoba, której zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
- 4) „**Ubezpieczający**” – Ubezpieczający z Umowy głównej.
- 5) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, nie niższa i nie wyższa od limitów wskazanych w Warunkach oraz Tabeli limitów i opłat, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
- 6) „**Składka za Umowę dodatkową**” – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
- 7) „**Lekarz**” – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.

- 8) „**Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego**”:

- a) w przypadku zawału serca, nowotworu złośliwego, udaru mózgu, niezłotliwego guza mózgu, niewydolności nerek, śpiączki, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, poparzenia trzeciego stopnia, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, niewydolności wątroby, całkowitego niedowładu, niedokrwiłości aplastycznej, postępującej twardziny układowej, pourazowego uszkodzenia mózgu, utraty wzroku, utraty mowy, utraty słuchu, zakażenia wirusem HIV – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji zastawek serca, operacji aorty – dzień przeprowadzenia zabiegu;
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym

(kod Umowy dodatkowej: CIR3) obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- a) Nowotwór (guz) złośliwy: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A = < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji).
- b) Zawał serca: pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi (powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium). Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- c) Niezłośliwy guz mózgu: wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałą ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwawiaków mózgu oraz wrodzonych niezłośliwych guzów mózgu).
- d) Udar mózgu: nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA). Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass): przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- e) Przeszczep narządów: przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biocy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub – szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy szpiku, które nie zostały poprzedzone całkowitą ablacją (zniszczeniem) własnego szpiku biorcy.
- f) Przeszczep narządów: przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biocy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub – szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy szpiku, które nie zostały poprzedzone całkowitą ablacją (zniszczeniem) własnego szpiku biorcy.

- g) Niewydolność nerek: schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- h) Utrata wzroku: całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) Utrata słuchu: całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA): pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50-procentowego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi: – powodować pogorszenie funkcji komory lub – zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub – być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego. Świadczenie z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) wynosi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym (kod Umowy dodatkowej: CIR4) obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w ust. 2, oraz następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
- a) Operacja aorty: operacja chirurgiczna tętniaka aorty, koartacja 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 brzuszczą, z wykluczeniem jej odgałęzień. Chirurgiczne leczenie naczyń obwodowych jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności, nawet jeśli część aorty została usunięta w czasie zabiegu operacyjnego. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym operacje przeszskórne, nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
- b) 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 są wykluczone z zakresu ubezpieczenia.
- c) Stwardnienie rozsiane: choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza neurologa potwierdzająca stały ubytek neurologiczny z faktycznymi objawami zaburzeń ruchowych lub czuciowych występujących nieustannie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza ta musi być poparta: nakłuciem łądźziowym lub nieprawidłowym wynikiem badania określającego późne potencjały wzrokowe i słuchowe oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzającym istnienie rozszianych ognisk demielinizacji.
- d) Poparzenie trzeciego stopnia: stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień oparzenia oraz jego zakres.
- e) Niedokrwistość aplastyczna: przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby 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 retykulocytów 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. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej.

- f) Schyłkowa niewydolność wątroby: całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- stalej żółtaczki;
 - wodobrzusza;
 - encefalopatii wątrobowej.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.
- g) 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 psychiatrycznych lub nadużywania alkoholu lub narkotyków.
- h) Śpiączka: stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne utrzymujący się przez 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. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki będącej wynikiem uzależnienia alkoholowego, narkotykowego oraz śpiączki farmakologicznej.
- i) Choroba Parkinsona: postępująca wyrodzeniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia poważnego zachorowania 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.
- j) Całkowity niedowład: całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi oraz będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej.
- k) Zakażenie wirusem HIV: zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), potwierdzone przez pozytywny wynik dwóch testów: testu na przeciwciała anti-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 Ubezpieczyciela zdarzenia ubezpieczeniowego niezbędne jest potwierdzenie dokumentacją medyczną, że do zarażenia 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 dacie zawarcia umowy 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 dentystryczną 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 poważnego zachorowania;
 - 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.
- l) 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, odżywanie. Niezdolność do ich samodzielnego wykonywania musi być potwierdzona przez Lekarza neurologa. Nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w zdaniu pierwszym, to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pourazowego uszkodzenia mózgu.
- m) Choroba Creutzfeldta-Jacoba: postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego powodująca w konsekwencji szybko postępujące otępienie, współistniejące ubytki neurologiczne oraz zaburzenia funkcji ruchu. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez Lekarza neurologa i znajdować potwierdzenie w badaniach klinicznych, EEG oraz badaniach wizualizacyjnych.
- n) Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia): układowa

choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyń i badaniach 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 (morpheda);
 - zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam);
 - eozynofilowego zapalenia powięzi;
 - zespołu CREST.
- o) Utrata mowy: całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtań. Całkowita utrata mowy musi występować przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub psychiatrycznymi.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

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

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

- wniosek należy złożyć na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
 4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
 5. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
 6. Zawarcie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Art. 5 Wiek Ubezpieczonego.

Czas trwania Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeśli Ubezpieczony ukończył 15 lat oraz nie ukończył 61 lat.
3. Umowa dodatkowa może zostać przedłużona zgodnie z postanowieniami art. 6 o ile Ubezpieczony nie ukończył 61 lat i nie może kończyć się później niż w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy kończy się w najbliższą piątą rocznicę trwania Umowy głównej, liczoną od momentu dokupienia Umowy dodatkowej.

Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej

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

- dotkającej opłacanie Składki całkowitej było przejęte przez Ubezpieczyciela na podstawie odrębnej umowy dodatkowej dotyczącej przejęcia opłacania składek na wypadek inwalidztwa.
5. Wysokość Składki za przedłużoną Umowę dodatkową jest obliczana zgodnie z postanowieniami art. 11 ust. 2.
 6. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

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

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

Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela

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

Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

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

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

Art. 10 Zmiana Sumy ubezpieczenia

1. W każdą rocznicę polisy, nie wcześniej niż po upływie roku od dnia zawarcia Umowy dodatkowej, Ubezpieczający może podwyższyć albo obniżyć Sumę ubezpieczenia. Obniżenie Sumy ubezpieczenia następuje z zachowaniem minimalnych kwot właściwych dla Umowy dodatkowej oznaczonej kodem CIR3 albo CIR4, wskazanych w Warunkach oraz Tabeli limitów i opłat. Zmiana następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela. Wniosek należy złożyć na 30 dni przed rocznicą polisy.
2. Ubezpieczyciel potwierdza podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
3. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych, i uzależnić podwyższenie Sumy ubezpieczenia od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje pod warunkiem potwierdzenia zmiany przez Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego,

- o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c, nowa, podwyższona Suma ubezpieczenia obowiązuje po 90 dniach, licząc od rocznicy polisy, oraz jeśli Ubezpieczający opłacił wszystkie zaległe składki całkowite wymagalne w tym okresie, uwzględniające Składkę za Umowę dodatkową w nowej wysokości. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c, zajdzie przed upływem 90 dni od rocznicy polisy wskazanej w zdaniu pierwszym, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej przed podwyższeniem, powiększonej o sumę Składek za Umowę dodatkową opłaconych od dnia rocznicy polisy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W przypadku pozostałych Zdarzeń ubezpieczeniowych o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt b, d-o, podwyższona Suma ubezpieczenia obowiązuje od rocznicy polisy.
 7. Wniosek o zmianę Sumy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku.

Art. 11 Składka za Umowę dodatkową

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze Składką za Umowę główną.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, wariantu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
3. Składka za Umowę dodatkową podlega indeksacji tylko wtedy, gdy indeksacji podlega Składka za Umowę główną. Na podstawie kwoty, o jaką w wyniku indeksacji wzrasta składka za Umowę dodatkową, zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składki całkowitej w dniu indeksacji oraz szczególnych warunków Umowy dodatkowej, obliczana jest kwota, o jaką wzrasta Suma ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udziałem ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 12 Wypłata świadczenia

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 oraz z zastrzeżeniem zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2

- ust. 2 pkt j, wysokość świadczenia wypłaconego z tytułu Umowy dodatkowej jest równa Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej. Ze względu na skutki wypłaty świadczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym, zdarzenia ubezpieczeniowe zostały podzielone na cztery grupy:
 - a) Grupa I – niewydolność nerek, niewydolność wątroby, przeszczep narządów, całkowity niedowład, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, postępująca twardzina układowa, zakażenie wirusem HIV;
 - b) Grupa II – zawał serca, zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego, angioplastyka naczyń wieńcowych, operacja zastawek serca, operacja aorty, udar mózgu;
 - c) Grupa III – nowotwór złośliwy, niedokrwistość aplastyczna, niezłośliwy guz mózgu;
 - d) Grupa IV – pourazowe uszkodzenie mózgu, utrata wzroku, utrata słuchu, poparzenie trzeciego stopnia.
 3. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, należało do Grupy I, to Umowa dodatkowa wygasa.
 4. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, należało do Grupy II, III albo IV, to z dniem wypłaty tego świadczenia zostaje wyłączona odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu pozostałych zdarzeń ubezpieczeniowych należących do tej samej grupy oraz wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych należących do Grupy I.
 5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
 6. W przypadku zajścia dwóch lub więcej zdarzeń ubezpieczeniowych, które należą do tej samej grupy, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie.
 7. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c, zajdzie przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej po raz pierwszy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie Składek za Umową dodatkową opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 8. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - kartą wypisu ze szpitala;
 - dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań;
 - dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej;
 - opiniami lekarskimi i wynikami badań laboratoryjnych oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
 9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 10. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- ### Art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela
1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 lub w art. 2 ust. 3, zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach;
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - d) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - e) próby popełnienia samobójstwa;
 - f) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - g) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał świadomie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - i) choroby psychicznej lub nerwicy.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będąca następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi w terminie 30 dni od dnia zajścia tego zdarzenia.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci składki całkowitej w terminie 30 dni, poczynając od dnia następnego po terminie płatności, i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał obowiązku określonego w art. 9 ust. 6 oraz 7, co miało wpływ na pogorszenie jego stanu zdrowia lub utrudnienie lub uniemożliwienie ustalenia stopnia zaawansowania poważnego zachorowania.

Art. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

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

świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego należącego do Grupy II, III lub IV. W takich przypadkach nie jest możliwe przedłużenie ani dokupienie Umowy dodatkowej.

5. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczeń, o których mowa w art. 10 ust. 5 zdanie drugie oraz w art. 12 ust. 6.
6. Umowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 15 Techniczna stopa procentowa

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczenia wskazanego w Warunkach. Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

Art. 16 Stosowanie postanowień Ogólnych Warunków ubezpieczenia Umowy głównej

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

Art. 17 Wejście w życie Warunków

Warunki oraz Załącznik nr 1, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 19/2020 z dnia 23 marca 2020 r., wchodzą w życie z dniem 4 kwietnia 2020 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1

Minimalna Suma ubezpieczenia Umowy dodatkowej
(w obu wariantach: podstawowym – CIR3 i rozszerzonym – CIR4): 10 000 zł

Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia z wszystkich Umów dodatkowych dotyczących poważnego zachorowania (oznaczonych kodami: CIR0, CIR1, CIR6, CIR3, CIR4, CIR5, CU12, CD12, CI12 i CP12), których przedmiotem jest zdrowie Ubezpieczonego: 600 000 zł

Skontaktuj się z nami:

Nationale-Nederlanden

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**