

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/CIR5/1/2020

# Spis treści

<b>Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej</b>	
<b>poważnego zachorowania</b>	
<b>nr OWU/CIR5/1/2020</b> .....	<b>4</b>
Art. 1 Definicje .....	4
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....	5
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela .....	6
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy dodatkowej.	
Szczególne warunki Umowy dodatkowej .....	6
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania	
Umowy dodatkowej .....	7
Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej .....	7
Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować	
z przedłużenia Umowy dodatkowej? .....	7
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela .....	7
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego .....	7
Art. 10 Zmiana Sumy ubezpieczenia .....	8
Art. 11 Składka za Umowę dodatkową .....	8
Art. 12 Wypłata świadczenia .....	9
Art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela .....	10
Art. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie	
Umowy dodatkowej .....	10
Art. 15 Techniczna stopa procentowa .....	10
Art. 16 Stosowanie postanowień Ogólnych	
warunków ubezpieczenia Umowy głównej .....	10
Art. 17 Stosowanie postanowień Ogólnych	
warunków ubezpieczenia Umowy głównej .....	10

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/CIR5/1/2020 (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 i Art. 13 OWU oraz pkt 5 i 6 TLiO
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/CIR5/1/2020

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

## Art. 1 Definicje

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

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

## Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

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

Zobaczmy to na przykładzie.

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

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

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

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

- nie obejmuje spowodowanych zewnętrznym urazem: zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- e) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszyczenie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- f) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy szpiku, które nie zostały poprzedzone całkowitą ablacją (zniszczeniem) własnego szpiku biorcy.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- h) **Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana Chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) **Utrata słuchu:** całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana Chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszyczenia stentu w celu korekcji minimum 50%-ego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności.
- Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę Zwężenie drożności musi:
- powodować pogorszenie funkcji komory lub
  - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
  - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
- Świadczenie z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) wynosi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe wymienione w ust 2, pod warunkiem, że w ciągu 30 dni od dnia jego zajścia nie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego z powodu tego zdarzenia ubezpieczeniowego.

#### Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

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

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

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

#### **Art. 5 Wiek Ubezpieczonego. Czas trwania Umowy dodatkowej**

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

#### **Art. 6 Przedłużenie Umowy dodatkowej**

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

na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

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

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

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

#### **Art. 8 Obowiązek Ubezpieczyciela**

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

#### **Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego**

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

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

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

#### Art. 10 Zmiana Sumy ubezpieczenia

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

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

6. W przypadku pozostałych Zdarzeń ubezpieczeniowych o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt b, d-j, 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 tego wniosku.

#### Art. 11 Składka za Umowę dodatkową

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



## Art. 12 Wypłata świadczenia

### Jak mam rozumieć wielokrotną wypłatę świadczenia?

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

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

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

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

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia, chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 oraz z zastrzeżeniem zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt j, wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu Umowy dodatkowej jest równa Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej.  
Ze względu na skutki wypłaty świadczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym, zdarzenia ubezpieczeniowe zostały podzielone na cztery Grupy:
  - a) Grupa I -niewydolność nerek, przeszczep narządów;
  - b) Grupa II -zawał serca, zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), udar mózgu;
  - c) Grupa III – nowotwór złośliwy, niezłośliwy guz mózgu;
  - d) Grupa IV – utrata wzroku, utrata słuchu.
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 Umowę 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. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 7 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginalech. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji,

- szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

#### **Art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

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

#### **Art. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej**

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

2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.
4. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego z Grupy I bądź z dniem wypłaty trzeciego świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego należącego do Grupy II, III lub IV. W takich przypadkach nie jest możliwe przedłużenie ani dokupienie Umowy dodatkowej.
5. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczeń, o których mowa w art. 10 ust. 5 zdanie drugie oraz w art. 12 ust. 6.
6. Umowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

#### **Art. 15 Techniczna stopa procentowa**

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

#### **Art. 16 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej**

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

#### **Art. 17 Stosowanie postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej**

Warunki zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 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

**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**