

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Ochrona +”

OWU/TMR4/1/2025



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

[801 20 30 40](tel:801203040) lub [+48 22 522 71 24](tel:+48225227124)

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Spis treści

Ubezpieczenie na życie „Ochrona +” w skrócie	4
---	---

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +”	10
--	----

Art. 1 Co oznaczają pojęcia pisane wielką literą?.....	10
Art. 2 Co jest objęte ubezpieczeniem i jaki jest czas trwania naszej odpowiedzialności?	11
Art. 3 W jaki sposób zawieramy Umowę?	11
Art. 4 Na jaki okres możemy zawrzeć Umowę, jak długo trwa i jak ją rozwiązać?.....	11
Art. 5 W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	12
Art. 6 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?	12
Art. 7 Co to jest indeksacja?	12
Art. 8 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego?	13
Art. 9 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?	13
Art. 10 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?	14
Art. 11 Reklamacje	14
Art. 12 W jaki sposób przekazywać do nas korespondencję?	15
Art. 13 Podatki	15
Art. 14 Zmiana systemu monetarnego	15
Art. 15 Rozstrzyganie sporów	15
Art. 16 Wejście w życie Warunków	15

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie	17
---	----

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?.....	17
Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy tymczasowej? Co obejmuje ubezpieczenie?	17
Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa Umowa tymczasowa?	17
Art. 4 Komu i jaką kwotę wypłacimy w razie śmierci Ubezpieczonego?.....	17
Art. 5 Jaka jest wysokość składki za Umowę tymczasową i w jaki sposób ją opłacić?	18
Art. 6 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy pieniędzy?	18
Art. 7 Wejście w życie Warunków umowy tymczasowej.....	18

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	21
---	----

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?.....	21
Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy dodatkowej i co jest objęte ubezpieczeniem?	21
Art. 3 W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	21
Art. 4 W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	21
Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku?	22
Art. 6 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?	22
Art. 7 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?	22
Art. 8 Zastosowanie Warunków umowy głównej	22
Art. 9 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	22

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania	25
--	----

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?.....	25
Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?	25
Art. 3 W jaki sposób ustalamy wysokość składki a w jaki sposób ją opłacać?	27
Art. 4 W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	27
Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?.....	28
Art. 6 W jaki sposób można zmienić Sumę ubezpieczenia?	28
Art. 7 Komu i jaką kwotę wypłacimy w przypadku Poważnej choroby?	28
Art. 8 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?	29
Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?	29
Art. 10 Zastosowanie Warunków umowy głównej	29
Art. 11 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	30

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” 33

Art. 1	Co oznaczają używane pojęcia?.....	33
Art. 2	Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?	35
Art. 3	W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	38
Art. 4	W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	38
Art. 5	W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?.....	39
Art. 6	W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?.....	39
Art. 7	Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonemu?	39
Art. 8	Jaka jest Suma ubezpieczenia i limity na poszczególne Świadczenia?	44
Art. 9	Co należy zrobić abyśmy zrealizowali świadczenie?	45
Art. 10	W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia w zakresie Leczenia za granicą?	47
Art. 11	Zastosowanie Warunków umowy głównej	48
Art. 12	Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	49

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu lub operacji... 52

Art. 1	Co oznaczają używane pojęcia?.....	52
Art. 2	Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?	52
Art. 3	W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	53
Art. 4	W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	53
Art. 5	W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?.....	53
Art. 6	W jaki sposób można zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?	53
Art. 7	Komu i jaką kwotę wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu?.....	54
Art. 8	Komu i jaką kwotę wypłacimy w przypadku Operacji?	54
Art. 9	Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?	55
Art. 10	W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?	55
Art. 11	Zastosowanie Warunków umowy głównej	56
Art. 12	Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	56

Załącznik nr 1 – procedury medyczne..... 57

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem 64

Art. 1	Co oznaczają używane pojęcia?.....	64
Art. 2	Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy dodatkowej i co jest objęte ubezpieczeniem?	64
Art. 3	W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	64
Art. 4	W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	64
Art. 5	W jaki sposób przejmujemy opłacanie składek?.....	65
Art. 6	W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie przejmujemy opłacania składek całkowitych?	66
Art. 7	Zastosowanie Warunków umowy głównej	66
Art. 8	Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	66

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa całkowitego..... 69

Art. 1	Co oznaczają używane pojęcia?.....	69
Art. 2	Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?	69
Art. 3	W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	69
Art. 4	W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	69
Art. 5	Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego?.....	70
Art. 6	Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?	70
Art. 7	W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?	70
Art. 8	Zastosowanie Warunków umowy głównej	71
Art. 9	Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	71

Tabela limitów i opłat..... 72

Ubezpieczenie na życie „Ochrona +” w skrócie

OWU/TMR4/1/2025

Przedstawiamy rozwiązanie dla tych, którzy chcą skutecznie zabezpieczyć swoje życie i zdrowie.



Co daje Ci to ubezpieczenie?

- **Wszystcom Cię chroni**
Ta oferta daje Ci dostęp do wielu Umów dodatkowych o różnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
- **Zmienia się razem z Tobą**
Polisę możesz dopasować do aktualnych potrzeb, np. jeśli rozszerzysz jej zakres ochrony o kolejne Umowy dodatkowe.



Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

To ubezpieczenie działa na całym świecie, 24 godziny na dobę.



Na jak długo zawierasz z nami umowę?

Umowę główną zawierasz z nami na minimum 5 lat. Okresy ubezpieczenia dla Umów dodatkowych są takie same lub krótsze. Szczegółowe informacje dla każdej Umowy dodatkowej znajdziesz w jej Ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU).



Ile pieniędzy wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci osoby, która jest ubezpieczona?

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



Jakie dokumenty są potrzebne, aby dostać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje na ten temat znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy głównej i Umów dodatkowych. Wszystkie dokumenty w języku obcym przetłumacz na język polski, zanim dostarczysz je do nas. Wtedy szybciej rozpatrzymy Twoje zgłoszenie i wypłacimy Pieniądże z ubezpieczenia.



Co możesz zrobić jeśli 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.



Czy w trakcie trwania Umowy możesz coś zmienić?

Tak. W czasie trwania Umowy możesz zmienić:

- częstotliwość opłacania Składki,
- wysokość Składki, z zachowaniem limitów minimalnej Składki,
- Sumy ubezpieczenia, z zachowaniem obowiązujących limitów,
- osoby uposażone.

Możesz również zmienić zakres ochrony – dodawać nowe lub rezygnować z obecnych Umów dodatkowych – zgodnie z aktualnymi potrzebami i sytuacją życiową.



Jakie zniżki możesz dostać?

W ramach tego ubezpieczenia możesz skorzystać z atrakcyjnych zniżek:

- za częstotliwość opłacania Składki (gdy płacisz częściej niż co miesiąc),



Czym jest i na czym polega indeksacja?

Indeksacja to podwyższenie Składki za Twoje ubezpieczeniu. Zwiększając wysokość składki podnosimy też wysokość Sum ubezpieczenia na Umowie głównej i Umowach dodatkowych. Nationale-Nederlanden proponuje ją swoim klientom co roku. Listownie informujemy o tym, że podwyższamy Sumy ubezpieczenia o minimum 3%. Tak chcemy chronić Twoje przyszłe wypłaty przed spadkiem wartości pieniądza w czasie (np. z powodu inflacji). Jeśli chcesz skorzystać z indeksacji, wystarczy że wpłacisz Składkę w nowej wysokości. Jeśli chcesz pozostać przy starej Składce (bez indeksacji), poinformuj nas o tym. Możesz do nas zadzwonić pod numer 801 20 30 40. W innej sytuacji – będziemy oczekiwać wpłaty Składki podwyższonej.



Czy możesz zrezygnować z ubezpieczenia?

Tak. Odstąpić od Umowy możesz niezależnie od powodu:

- w ciągu 30 dni od otrzymania polisy,
- w ciągu 7 dni od otrzymania polisy jeśli jesteś przedsiębiorcą.

Otrzymasz wtedy zwrot wpłaconej Składki.

Po tym czasie, w każdym momencie możesz zrezygnować z dalszego ubezpieczenia. Otrzymasz wtedy zwrot Składki za okres, w którym nie udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej



Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z Umowy?

Dla osób fizycznych – kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy są zwolnione od podatku (na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).

Dla przedsiębiorców (osób prawnych) kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy podlegają opodatkowaniu (zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych).



Jakie są obowiązki związane z pytaniami, które zadajemy przed zawarciem Umowy?

Zarówno Ubezpieczający jak i Ubezpieczony zobowiązani są, by odpowiedzieć zgodnie z prawdą na pytania zadane przez nas, gdy:

- Zawieramy Umowę,
- Podwyższamy Sumę ubezpieczenia,
- Zawieramy inną Umowę dodatkową.

Gdy naruszysz ten obowiązek, w niektórych wypadkach Nationale-Nederlanden może być zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.



Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU)?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej Umowy. Na ich podstawie wykonujemy wszystkie zmiany w czasie trwania Umowy i podczas wypłaty. Nasze OWU tworzymy tak, abyś mógł łatwo odszukać odpowiedź na swoje pytanie, (np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową? jaki jest zakres Umowy?, jak długo ona trwa?).

W OWU niektóre słowa i zwroty piszemy z wielkiej litery. Wyjaśnienie ich znaczenia znajdziesz w [słowniczku z definicjami](#).



Jaką korespondencję będziesz otrzymywać od Nationale-Nederlanden?

Pierwszym dokumentem, jaki otrzymasz będzie potwierdzenie zawarcia Umowy. Co roku, wraz z kolejnymi rocznicami rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będziesz otrzymywać dokument z najważniejszymi informacjami o Twoim ubezpieczeniu.



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

Dzięki temu, że podasz nam swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail, zawsze możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące Umowy. To przyda się Tobie i nam w wielu sytuacjach, np. gdy nie zrozumiemy Twojej dyspozycji lub gdy Twoja Składka nie wpłynie do nas w terminie.

Ponadto, jeśli będziesz chciał utworzyć i aktywować konto w strefie klienta Moje NN, to właśnie na Twój numer telefonu otrzymasz jednorazowy kod SMS. Kod ten umożliwi aktywację Twojego konta.



Czym jest strefa klienta Moje NN i jak możesz uzyskać do niej dostęp?

Moje NN to platforma, w której w prosty, wygodny sposób możesz sprawdzić szczegóły swojego ubezpieczenia. Pozwala ona na łatwe zarządzanie Twoimi danymi oraz polisą.

Aby założyć konto w Moje NN:

1. Wejdź na stronę [aktywacji konta](#). Aktywuj konto.
2. Podaj podstawowe dane. Wpisz PESEL, email oraz numer telefonu komórkowego (zarejestrowanego w Polsce).
3. Utwórz hasło i zaakceptuj regulamin.
4. Potwierdź tożsamość przez kod wysłany SMSem.
5. Zaloguj się i korzystaj z Moje NN.



W jaki sposób możesz złożyć reklamację?

Dbamy o to, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. Jeśli masz zastrzeżenia, które dotyczą naszych usług, to możesz zwrócić się do nas na kilka sposobów:

- elektronicznie – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie www.nn.pl,
- ustnie – telefonicznie pod numerem 22 522 71 24 lub 801 20 30 40 albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie
- pisemnie – osobiście, w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie lub przesyłką pocztową, którą nadasz na nasz adres ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20.



Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

Reklamację na działanie Nationale Nederlanden może złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z tytułu Umowy ubezpieczenia albo spadkobierca, który posiada interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy niezwłocznie, nie później niż w ciągu 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie Reklamacji nie jest możliwe w tym czasie, poinformujemy osobę, która ją zgłasza o nowym, przewidywanym terminie rozpatrzenia Reklamacji. Termin ten wraz z udzieleniem odpowiedzi nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Reklamację w sprawie związanej z Umową możesz też złożyć do Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego. Wszelkie opinie naszych klientów są dla nas bardzo cenne, ponieważ wpływają na jakość naszych usług i standardów obsługi.



Jak możesz się z nami skontaktować?

Zachęcamy do zarządzania polisą on-line w strefie klienta Moje NN dostępnej pod adresem: <https://logowanie.nn.pl/>. Wystarczy, że założysz konto, a będziesz mieć dostęp online do swojej polisy przez 24 godziny na dobę. Przygotowaliśmy też formularze, z których w razie potrzeby możesz skorzystać 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

e-mail: info@nn.pl

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Ochrona +”

OWU/TMR4/1/2025



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub **+48 22 522 71 24**

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Terminowe ubezpieczenie na życie Ochrona +
nr OWU/TMR4/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU**Nr artykułu OWU**

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

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +”

nr OWU/TMR4/1/2025

Umowa terminowego ubezpieczenia „Ochrona +” jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TMR4/1/2025, które nazywamy dalej Warunkami.

Art. 1 Co oznaczają pojęcia pisane wielką literą?

1. **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
2. **Ubezpieczający** – osoba, która zawarła z nami Umowę i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
3. **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczający również może być Ubezpieczonym.
4. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, której wypłacimy Sumę ubezpieczenia w przypadkach określonych w Warunkach.
5. **Umowa główna** – Umowa terminowego ubezpieczenia na życie zawarta na podstawie niniejszych Warunków.
6. **Umowa dodatkowa** – część Umowy ubezpieczenia dodatkowa do Umowy głównej, zapewniająca dodatkowe świadczenie.
7. **Umowa ubezpieczenia lub Umowa** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
8. **Dokument ubezpieczenia** – polisa potwierdzająca zawarcie Umowy, a także każdy wystawiony przez nas dokument potwierdzający istotne postanowienia Umowy.
9. **Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy głównej.
10. **Rocznica polisy** – każda rocznica Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
11. **Rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami polisy.
12. **Wiek Ubezpiezonego** – wiek Ubezpiezonego obliczamy w każdą Rocznicę polisy zgodnie z następującą formułą: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od tego dnia.
13. **Miesiąc polisowy** – okres ochrony zaczynający się w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w tym samym, dniu każdego kolejnego miesiąca. Jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia to kolejny Miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
14. **Suma ubezpieczenia** – kwota, która stanowi podstawę do obliczenia wysokości Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego.
15. **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku śmierci Ubezpiezonego.
16. **Składka za Umowę główną** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy głównej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, wymieniona w Dokumencie ubezpieczenia.
17. **Składka całkowita** – suma Składki za Umowę główną oraz składek za Umowy dodatkowe, opłacana przez Ubezpieczającego na wskazany przez nas rachunek bankowy. Wysokość Składki całkowitej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
18. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpiezonego 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.
19. **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
20. **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.
21. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
22. **Tabela limitów i opłat** – dokument, zawierający stawki limitów i rabatów oraz wskaźniki stosowane przez nas w Umowie głównej i w Umowach dodatkowych. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.
23. **Przedstawiciel** – osoba wykonująca czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie agenta ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
26. **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do nas przez Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług.

Art. 2 Co jest objęte ubezpieczeniem i jaki jest czas trwania naszej odpowiedzialności?

1. Ubezpieczamy życie Ubezpieczonego i w przypadku jego śmierci wypłacimy należne Świadczenie.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 71. roku życia.
3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Umowy rozpoczyna się z Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności, a kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia tej Umowy.
4. Przed Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności udzielamy ochrony ubezpieczeniowej na podstawie odrębnej Umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie.
5. Ochrony ubezpieczeniowej udzielamy na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 W jaki sposób zawieramy Umowę?

1. Umowę zawieramy na wspólny wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego złożony wraz z ankietą medyczną wypełnioną przez Ubezpieczonego.
2. Do zawarcia Umowy niezbędne jest:
 - a) zaakceptowanie przez nas tego wniosku oraz,
 - b) opłacenie pierwszej Składki całkowitej.
3. Przed zawarciem Umowy lub Umowy dodatkowej możemy zwrócić się do Ubezpieczonego, z prośbą o:
 - a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia, wykonywanego zawodu oraz uprawnianego sportu i hobby,
 - b) poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
4. Przed zawarciem Umowy możemy zwrócić się do Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego sytuacji finansowej. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia wysokości Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy głównej na warunkach szczególnych lub odmówimy jej zawarcia.
6. Jeśli we wniosku o zawarcie Umowy głównej lub Umowy dodatkowej Ubezpieczony podał dane niezgodne z prawdą lub zataił prawdę o okolicznościach, o które pytaliśmy przy zawieraniu Umowy lub Umowy dodatkowej, a okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym zdarzeniem, które było przedmiotem Umowy, będziemy wolni od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony dotyczącej danego zdarzenia, nie będziemy mogli podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
7. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta pod warunkiem, że ani Ubezpieczający ani Ubezpieczony lub osoba reprezentująca lub kontrolująca Ubezpieczającego nie znajduje się na jakiegokolwiek liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że Ubezpieczający lub Ubezpieczony lub osoba reprezentująca lub kontrolująca Ubezpieczającego znajduje 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 ani Ubezpieczający ani Ubezpieczony lub osoba reprezentująca lub kontrolująca Ubezpieczającego nie występuje na listach sankcyjnych umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia wystawienia polisy.

Art. 4 Na jaki okres możemy zawrzeć Umowę, jak długo trwa i jak ją rozwiązać?

1. Umowa zawierana jest na okres:
 - a) nie krótszy niż 5 lat,
 - b) nie dłuższy niż do Rocznicy polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
2. Umowa wygasa:
 - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - b) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - c) w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa zostanie rozwiązana, po upływie 60 dni od dnia, w którym nie została wpłacona pierwsza zaległa Składka całkowita. Przed rozwiązaniem umowy wezwiemy Ubezpieczającego do zapłaty Składki całkowitej.
4. Jeśli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, może odstąpić od Umowy lub Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a jeśli jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania Dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego jej zawarcie. W takim przypadku zwrócimy wpłaconą Składkę w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy.

5. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę lub Umowę dodatkową, składając do nas wniosek. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym ten wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie albo Przedstawicielowi.

Art. 5 W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?

1. Wysokość Składki za Umowę główną ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek, stosownie do wieku Ubezpieczonego w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, czasu trwania Umowy głównej, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy głównej.
2. Minimalna wysokość Składki za Umowę główną wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
3. Składka całkowita może ulec zmianie w przypadku:
 - a) zawarcia, przedłużenia lub rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - b) zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia lub Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
 - c) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - d) zmiany częstotliwości opłacania Składki całkowitej.
4. Za dzień opłacenia Składki przyjmujemy dzień wpływu środków na rachunek Nationale-Nederlanden.
5. Jeśli Ubezpieczający spóźni się z płatnością Składki, to zaliczymy otrzymaną Składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymaganej.
6. Składkę można opłacać z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną.

Art. 6 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Aby zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia Ubezpieczający wspólnie z Ubezpieczonym powinni złożyć do nas wniosek najpóźniej na 30 dni przed terminem najbliższej płatności.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia do wniosku powinna być dołączona ankieta medyczna wypełniona przez Ubezpieczonego.
3. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia możliwe jest począwszy od terminu pierwszej płatności po zawarciu Umowy.
4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia możliwe jest w terminie każdej płatności licząc od pierwszej Roczniczy polisy.
5. Zanim zaakceptujemy wniosek o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, zawodu wykonywanego przez Ubezpieczonego oraz uprawianego przez Ubezpieczonego sportu i hobby,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia uzależnione jest od wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy też zwrócić się do Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego sytuacji finansowej, w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmówimy jej podwyższenia.
8. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.
9. Zmiana Sumy ubezpieczenia nie jest możliwa w czasie przejścia przez nas opłacania Składek całkowitych z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
10. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje odpowiednio zmianę:
 - a) wysokości Świadczenia należnego z tytułu Umowy głównej,
 - b) Składki za Umowę główną,
 - c) Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa całkowitego oraz Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) Składki za te Umowy dodatkowe oraz za Umowę dodatkową dotyczącą Inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
11. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od najbliższej płatności Składki całkowitej po zaakceptowaniu przez nas wniosku oraz opłaceniu przez Ubezpieczającego Składki całkowitej w nowej wysokości.
12. Dokonanie zmiany potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Co to jest indeksacja?

1. Indeksacja jest to podwyższenie Składki za Umowę główną oraz Składki za Umowy dodatkowe, w Rocznicę polisy, zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, wynikającym ze wzrostu cen i kosztów utrzymania.

2. Wskaźnik indeksacji jest równy wyższej z wartości:
 - a) 3%
 - b) 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 Ubezpieczającemu informacji o indeksacji.
3. Propozycję indeksacji prześlemy Ci najpóźniej w terminie 30 dni przed Rocznicą polisy.
4. Chcąc zrezygnować z indeksacji, należy poinformować nas o tym najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Brak takiej informacji oznacza wyrażenie zgody na indeksację.
5. 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 nas o tym najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą polisy.
6. Jeśli Umowa główna została zawarta na 5 lat, Składka za Umowę główną może być indeksowana w każdą rocznicę polisy.
7. Indeksacja nie jest dokonywana, w zależności od okresu, na jaki została zawarta Umowa, zgodnie z poniższą tabelą:

Czas trwania Umowy głównej	Ostatnia rocznica polisy, gdy indeksacja może zostać dokonana licząc od rozpoczęcia Umowy
Od 6 do 9 lat	4-ta, licząc od początku czasu trwania Umowy
10 lat i więcej	6-ta, licząc od końca czasu trwania Umowy

Indeksacja nie jest dokonywana w okresie przejścia przez nas opłacania Składek całkowitych;

Art. 8 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 innych Uposażonych. Osoby te stają się Uposażonymi z dniem otrzymania przez nas oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Uposażeni wyznaczeni w Umowie głównej są jednocześnie Uposażonymi w Umowie dodatkowej, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego.
4. Uposażeni nabywają prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, każdy z nich otrzyma określoną przez niego część Sumy ubezpieczenia.
6. Jeśli podział między Uposażonych nie sumuje się do 100%, wypłacimy świadczenie proporcjonalnie do określonego przez Ubezpieczonego podziału.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał, jaki procent Sumy ubezpieczenia ma otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymają równe części.
8. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyje również wskazany przez niego Uposażony, należną mu część pieniędzy otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie z podziałem wskazanym przez Ubezpieczonego.
9. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, 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.
10. Otrzymanie świadczenia 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, świadczenie wypłacimy spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
11. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie z jego wskazaniem.

Art. 9 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Aby wypłacić Świadczenie musimy zostać poinformowani o śmierci Ubezpieczonego.
2. Do wypłaty Świadczenia potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:

- a) kopią dowodu osobistego, paszportu lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej,
 - b) skróconym odpisem aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub organy do tego upoważnione,
 - c) innymi dokumentami, niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, o które możemy dodatkowo poprosić.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez nas zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego. Gdyby, z zachowaniem należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Bezsporną część Świadczenia wypłacimy zawsze w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia lub części świadczenia, Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden. W uzasadnieniu odmowy poinformujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach.
2. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa w okresie 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nie wypłacimy Świadczenia (w tym świadczenia z tytułu Umowy głównej, 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 nie akceptowalnym 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 pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
4. Przez kraje UHRC należy rozumieć następujące kraje: Syria, Sudan, Korea Północna, Iran, Kuba, Rosja oraz Białoruś.

Art. 11 Reklamacje

1. Reklamacja może zostać złożona przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy lub inną osobę uprawnioną z tytułu Umowy.
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) albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20;
 - b) ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w naszej siedzibie,
 - c) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl).
3. Odpowiedź na Reklamację udzielimy 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 udzielimy w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i prześlemy 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 i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.

Art. 12 W jaki sposób przekazywać do nas korespondencję?

1. Korespondencję związaną z Umową należy kierować na adres naszej siedziby w Warszawie (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa), lub w inny sposób uzgodniony z nami sposób.
2. Kierowana do nas korespondencja powinna zawierać 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. 13 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. 14 Zmiana systemu monetarnego

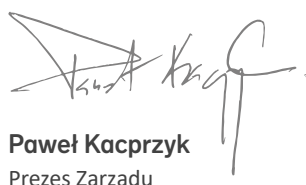
W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 15 Rozstrzyganie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Ubezpieczającym, 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. 16 Wejście w życie Warunków

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r. weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.



Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Tymczasowe ubezpieczenie na życie nr OWU/TEMP1/1/2021 (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
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 4, Art. 6
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

OWU/TEMP1/1/2021

Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków tymczasowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TEMP1/1/2021, które nazywamy dalej Warunkami Umowy tymczasowej.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
- 2) **Ubezpieczający** – osoba, która zawarła z nami Umowę tymczasowego ubezpieczenia na życie.
- 3) **Ubezpieczony** – osoba, 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 tymczasowa** – Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie,
- 6) **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.
- 7) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 8) **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.
- 9) **Świadczenie** – kwota wypłacana w przypadkach określonych w Umowie tymczasowej, równa:
 - a) 100 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) 50 000 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy tymczasowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. lat i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania Umowy tymczasowej.

Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa Umowa tymczasowa?

1. Umowa tymczasowa trwa maksymalnie przez okres 60 dni.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy tymczasowej rozpoczyna się od dnia następującego po:
 - a) dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy głównej oraz
 - b) dniu opłacenia Składki całkowitej.
3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu z chwilą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego.
5. Ochrony ubezpieczeniowej udzielamy na całym świecie przez całą dobę.

Art. 4 Komu i jaką kwotę wypłacimy w razie śmierci Ubezpieczonego?

1. Aby wypłacić Świadczenie musimy zostać poinformowani o śmierci Ubezpieczonego.
2. Wypłacimy Uposażonemu Świadczenie za jedno lub dwa spośród następujących zdarzeń:
 - a) śmierć Ubezpieczonego – Świadczenie z tytułu zajścia tego zdarzenia wynosi 100 zł,
 - b) śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku – Świadczenie z tytułu zajścia tego zdarzenia jest równa 50 000 zł,pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w czasie trwania Umowy tymczasowej.
3. W przypadku odmowy wypłaty lub odmowy wypłaty części 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 całkowitej.
3. Wpłaconą Składkę całkowitą zwrócimy Ubezpieczającemu, jeśli:
 - a) odmówimy zawarcia Umowy głównej,
 - b) Ubezpieczający zrezygnuje z zawarcia Umowy głównej,
 - c) wypłacimy Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania Umowy tymczasowej.

Art. 6 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy pieniędzy?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, 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,
 - d) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Ponadto nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) spożywania lub pozostawania 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,
 - 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,
 - c) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - d) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem.

Art. 7 Wejście w życie Warunków umowy tymczasowej

Warunki umowy tymczasowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzą w życie z dniem 4 lipca 2021 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

OWU/ADR4/1/2021



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub **+48 22 522 71 24**

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku
nr OWU/ADR4/1/2021 (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
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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 dotycząca śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/ADR4/1/2021

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ADR4, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona + (dalej: Warunki umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/ADR4/1/2021 (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 (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 4) **Suma ubezpieczenia** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, równa Sumie ubezpieczenia z Umowy głównej.
- 5) **Świadczenie** – kwota, którą wypłacimy w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równa Sumie ubezpieczenia.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy dodatkowej i co jest objęte ubezpieczeniem?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Zakres ochrony obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od tego Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ochrony ubezpieczeniowej udzielamy 24 godziny na dobę na całym świecie.

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, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
2. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawiane przez Ubezpieczonego sport i hobby.
3. Wysokość Składki całkowitej, z uwzględnieniem udzielonych rabatów wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

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

1. Umowę dodatkową zawieramy na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres:
 - a) nie krótszy niż 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7a,
 - b) nie dłuższy niż do Rocznicy polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących zawodu wykonywanego przez Ubezpieczonego oraz uprawianego przez Ubezpieczonego sportu i hobby.
4. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo odmówimy jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej.
6. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.

7. Umowa dodatkowa wygasa:
- a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - d) z dniem wypłaty Świadczenia.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

Uposażonym wskazanym w Umowie głównej wypłacimy Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Art. 6 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Aby wypłacić Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
2. Do wypłaty świadczenia potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z dokumentami wskazanymi w Warunkach oraz dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatkę urzędową z policji).

Art. 7 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?

Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, został spowodowany lub miał miejsce w następie:

- a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, wskazanych w Warunkach umowy głównej,
- 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) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego.

Art. 8 Zastosowanie Warunków umowy głównej

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzą w życie z dniem 4 lipca 2021 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania

nr OWU/CIR7/1/2021



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

[801 20 30 40](tel:801203040) lub [+48 22 522 71 24](tel:+48225227124)

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania
nr OWU/CIR7/1/2021 (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. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 8, Art. 9
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 dotycząca poważnego zachorowania

nr OWU/CIR7/1/2021

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CIR7, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona + (dalej: Warunki Umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania nr OWU/CIR7/1/2021 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, oznaczona kodem CIR7.
- 2) **Umowa główna** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
- 3) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony z Umowy głównej, osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony w Umowie dodatkowej.
- 4) **Ubezpieczający** – Ubezpieczający z Umowy głównej.
- 5) **Suma ubezpieczenia** – kwota, która stanowi podstawę do obliczenia wysokości Świadczenia z tytułu Poważnej choroby.
- 6) **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Poważnej choroby.
- 7) **Składka za Umowę dodatkową** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
- 8) **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
- 9) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 10) **Poważna choroba** – choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w tabeli w Art.2 ust. 3 objęte ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
- 11) **Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** - jest to:
 - w przypadku zawału serca, nowotworu złośliwego, udaru mózgu, niezłośliwego guza mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty wzroku w jednym oku, utraty słuchu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. W Nieprzerwanym okresie ochrony, Ubezpieczony może otrzymać maksymalnie 3 wypłaty Świadczenia.
3. Poważne choroby objęte ubezpieczeniem:

Grupa I	Grupa II	Grupa III
1. Zawał serca,	1. Nowotwór złośliwy,	1. Utrata wzroku,
2. Udar mózgu,	2. Niezłośliwy guz mózgu.	2. Utrata wzroku w jednym oku,
3. Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass),		3. Utrata słuchu.
4. Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),		
5. Niewydolność nerek,		
6. Przeszczep narządów.		

Definicje Poważnych chorób

- a) **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.

- b) **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, które spowodowało powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Wystąpienie udaru mózgu musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa.

Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń spowodowanych zewnętrznym urazem: zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego.

Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

- c) **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 wszczepienie 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.
- d) **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** zabieg angioplastyki, aterektonii lub wszczepienia 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.
- e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- 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 (lub jej części), nerka, trzustka
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- g) **Nowotwór 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, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A - zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer)

- rak podstawnomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0
- h) **Nieżłośliwy guz mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny
- i) **Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że skorygowana ostrość wzroku oka lepiej widzącego jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20 stopni w każdym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
- j) **Utrata wzroku w jednym oku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że jego skorygowana ostrość wzroku jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20 stopni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
- k) **Utrata słuchu:** całkowita, stała i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.

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

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej. Przy przedłużeniu Umowy dodatkowej na wysokość Składki mogą mieć wpływ Poważne choroby, które wystąpiły w Nieprzerwanym okresie ochrony.
2. Wysokość Składki całkowitej, z uwzględnieniem udzielonych rabatów oraz terminy jej opłacania, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.

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

1. Umowę dodatkową zawieramy na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego złożony wraz z ankietą medyczną wypełnioną przez Ubezpieczonego.
2. Umowę dodatkową zawieramy na okres:
 - a) 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8 a) albo,
 - b) do najbliższej 5. Rocznic trwania Umowy głównej od momentu dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych placówkach medycznych.
4. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo o odmowie jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do Rocznic polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
6. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej.
7. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
8. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - d) z dniem wypłaty trzeciego świadczenia.

Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej prześlemy Ubezpieczającemu propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej, dotyczącej poważnego zachorowania.
2. Wraz z propozycją przedłużenia prześlemy także informację o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie ubezpieczenia.
3. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.
4. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na okres 5 lat, z zastrzeżeniem, że jeśli do końca Umowy lub do Rocznicy polisy, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to Umowa dodatkowa zostanie przedłużona odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.
5. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na podstawie tych samych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej na podstawie których została zawarta.
6. Jeśli Ubezpieczający 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.
7. Aby zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej Ubezpieczający powinien poinformować nas o tym najpóźniej 10 dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
8. Oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej można przekazać telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.
9. Nie przedłużymy Umowy dodatkowej, jeżeli wygaśa z powodu wypłaty za trzecią Poważną chorobę.

Art. 6 W jaki sposób można zmienić Sumę ubezpieczenia?

1. Aby zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony powinien złożyć do nas wniosek najpóźniej na 30 dni przed najbliższą płatnością polisy. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia do wniosku powinna być dołączona ankieta medyczna wypełniona przez Ubezpieczonego.
2. Zanim zaakceptujemy wniosek możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
3. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych albo odmówimy jej podwyższenia.
4. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona od pierwszej Rocznicy polisy licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Wniosek zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu jego złożenia.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty kolejnej płatności składki po akceptacji przez nas wniosku, pod warunkiem, że opłacisz Składkę w nowej wysokości.
8. Zmianę potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Komu i jaką kwotę wypłacimy w przypadku Poważnej choroby?

Jak mam rozumieć wielokrotną wypłatę świadczenia?

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

Przyjrzyjmy się temu na przykładzie: Pan Jan wybrał Sumę ubezpieczenia w wysokości: 200 000 zł.

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

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

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

1. Z chwilą zajścia Poważnej choroby Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, które zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 7.
2. Świadczenie wypłacane z tytułu Umowy dodatkowej jest równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Poważnej choroby, za wyjątkiem Świadczenia z tytułu Utraty wzroku w jednym oku, które wynosi 50% Sumy ubezpieczenia.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Poważnej choroby powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej.
4. Ze względu na skutki wypłaty Świadczenia, Poważne choroby zostały podzielone na trzy Grupy:
 - Grupa I - zawał serca, zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), udar mózgu; niewydolność nerek, przeszczep narządów;
 - Grupa II – nowotwór złośliwy, niezłośliwy guz mózgu;
 - Grupa III – utrata wzroku, utrata wzroku w jednym oku, utrata słuchu.
5. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych chorób, które należą do tej samej Grupy, wypłacimy tylko jedno Świadczenie.
6. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnej choroby z danej Grupy wyłączona zostanie nasza odpowiedzialność za pozostałe Poważne choroby należące do tej samej Grupy.
7. Możemy wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy Świadczenia, po jednym z każdej Grupy.

Art. 8 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Aby wypłacić Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu Poważnej choroby objętej ubezpieczeniem.
2. Do wypłaty Świadczenia potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
 - a) kopią dowodu osobistego, paszportu lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpiezonego,
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście Poważnej choroby, w szczególności mogą to być:
 - karta wypisu ze Szpitala,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego wraz z wynikami badań,
 - wyniki badania histopatologicznego,
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej,
 - inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia oraz jego wysokości – na wniosek Nationale-Nederlanden.
3. Jeśli będziemy potrzebowali potwierdzenia, czy zdiagnozowana choroba jest objęta ubezpieczeniem skierujemy Ubezpiezonego do Lekarza orzecznika. Wizyta odbędzie się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Poważna choroba jest następstwem:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa,
 - c) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpiezonego 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.
2. Nie wypłacimy pieniędzy, w przypadku śmierci Ubezpiezonego w następstwie Poważnej choroby w ciągu 30 dni od dnia jej zajścia.

Art. 10 Zastosowanie Warunków umowy głównej

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzą w życie z dniem 4 lipca 2021 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

nr OWU/CBS4/1/2025



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub **+48 22 522 71 24**

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CBS4/1/2025

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 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 organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

nr OWU/CBS4/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CBS4, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona+ (dalej: Warunki Umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CBS4/1/2025 (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 CBS4.
- 3) **Umowa główna** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie, zawarta na podstawie Warunków Umowy głównej, oznaczona kodem TMR4.
- 4) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony z Umowy głównej, osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony w Umowie dodatkowej.
- 5) **Ubezpieczający** – Ubezpieczający zgodnie z Umową główną.
- 6) **Suma ubezpieczenia** – kwota, do której będą realizowane łączne świadczenia z Umowy dodatkowej w Nieprzerwanym okresie ochrony z uwzględnieniem limitów opisanych w Art. 8.
- 7) **Składka za Umowę dodatkową** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, wymieniona w Dokumencie ubezpieczenia.
- 8) **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 głównej i Warunków Umowy dodatkowej.
- 9) **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.
- 10) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami lokalnego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 11) **Lekarz prowadzący leczenie za granicą** – Lekarz ze Szpitala wskazanego w Certyfikacie Leczenia zajmujący się Ubezpieczonym podczas Leczenia za granicą.
- 12) **Lekarz konsultant** – Lekarz specjalista odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, który współpracuje z Partnerem assistance.
- 13) **Stan chorobowy** – Choroba wymieniona w tabeli w Art.2 ust. 2 i 3 objęta ubezpieczeniem, która wystąpiła w Nieprzerwanym okresie ochrony.
- 14) **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.
- 15) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpiezonego 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.
- 16) **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.
- 17) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 18) **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.
- 19) **Druga Opinia Medyczna** – opinia sporządzona przez Lekarza konsultanta na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpiezonego, polegająca na skonsultowaniu rozpoznania Stanu chorobowego wymagającego leczenia oraz zawierająca propozycję planu leczenia.

- 20) **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.
- 21) **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.
- 22) **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.
- 23) **Świadczenie** – zakres usług i wypłat realizowanych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej wskazanych w Art. 7 i Art. 2 ust. 5.
- 24) **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.
- 25) **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.
- 26) **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.
- 27) **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.
- 28) **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.
- 29) **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.
- 30) **Terapia inżynierii tkankowej** – zawiera komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane tak, by można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub zastąpienia tkanki ludzkiej.
- 31) **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 hodzi się dużą liczbę limfocytów CAR-T, które podaje się pacjentowi drogą infuzyjną.
- 32) **Zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które zgodnie z definicją podaną w „Podręczniku diagnostyczno-statystycznym zaburzeń psychicznych (DSM-5)” są na tyle upośledzające funkcje poznawcze osoby, że jej funkcjonowanie w społeczeństwie nie jest bez leczenia dłużej możliwe.
- 33) **Lek** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania lub poprawy funkcji fizjologicznych w zdiagnozowanym Stanie 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.

- 34) **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.
- 35) **Portal Dbamy bez granic** – platforma internetowa pod adresem dbamybezgranic.pl. dostarczona i zarządzana przez Partnera assistance 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 skutkom 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 dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień postawienia przez Lekarza diagnozy jednostki chorobowej objętej zakresem tego świadczenia;
 - Dla świadczenia organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za granicą dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 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 18. 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 Przeszczepy
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 Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. a) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.	Grupa 2 Choroby sercowo-naczyniowe Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. b) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
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 Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. c) poniżej.	Grupa 4 Przeszczepy Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. d) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
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 Przeszczepy zawarte są w punkcie 4 poniżej.

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

Grupa 1 Nowotwory Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. a) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.	Grupa 2 Choroby sercowo-naczyniowe Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. b) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
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 Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. c) poniżej.	Grupa 4 Przeszczepy Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. d) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
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.

Wyłączenia:

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.

Wyłączenia:

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) Przeszczepy:

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.

Wyłączenia:

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).

Wyłączenia:

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, z zastrzeżeniem, że dla Stanów chorobowych wymagających leczenia, a niespowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem, dla których Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpił w okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a Umowa dodatkowa wygasa. Tego ograniczenia nie stosujemy w razie każdego 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, z uwzględnieniem przyjętej częstotliwości opłacania składki.
- 2. Wysokość Składki za Umowę dodatkową, z uwzględnieniem udzielonych rabatów, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.

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

- 1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczonego złożonego wraz z ankietą medyczną wypełnioną przez Ubezpieczonego po akceptacji przez Nationale-Nederlanden i po opłaceniu przez Ubezpieczającego należnej Składki za Umowę dodatkową.
- 2. Umowę dodatkową zawieramy na okres:
 - a) 1 roku albo
 - b) do najbliższej Rocznic polisy następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
- 3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej jako dokupienie, z zastrzeżeniem ust. 2 b).
- 4. Umowa dodatkowa jest zawierana na okres maksymalnie do pierwszej Rocznic polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
- 5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej lub dokupieniem możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas Placówkach medycznych.
- 6. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o braku możliwości zawarcia Umowy dodatkowej.
- 7. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
- 8. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia 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 Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Wraz z propozycją przedłużenia prześlemy 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 Ubezpieczający 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 wygasła ona z powodu zrealizowania świadczeń łącznie na kwotę równą sumie ubezpieczenia.

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 przekazanego do nas przez Ubezpieczającego najpóźniej 10 dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli Ubezpieczający przekaze do nas 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. Ubezpieczający 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, 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 zawieszone 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 pielęgniarstwa 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 anestezjologa;
 - 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 uiścił 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 zalecone badania kontrolne.

Pokrywamy koszty leczenia poszpitalnego zrealizowanego przed końcem Okresu świadczenia usług na podstawie faktur wystawionych z tytułu tego leczenia.

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 Ubezpieczonego, 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 uiścił Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania Leczenia poszpitalnego przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

Na wniosek Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego 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. Dzielne świadczenie szpitalne realizujemy w euro na rachunek bankowy Ubezpieczonego. 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, zwrot kosztów Leczenia poszpitalnego w Polsce oraz wypłatę Świadczenia równego sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, opisanego w Art. 2 ust 5, realizujemy w złotych na rachunek bankowy Ubezpieczonego.
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	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 na Ubezpieczonego, na każdą z Grup wymienionych Stanów chorobowych objętych zakresem świadczenia Wirtualna Konsultacja
Przewodnik Pacjenta	2 porady na rok polisowy dla Ubezpieczonego, na każdą z Grup wymienionych Stanów chorobowych objętych 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
Wypłata w razie Stanów chorobowych wymagających leczenia, dla których Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpił w okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyjątkiem Zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem	Świadczenie równe sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

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 dbamybezgranic.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 uruchamiające 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 uruchamiające 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 zjściu Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie 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 LUB ŚWIADCZENIE OPISANE W ART. 2 UST. 5

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 dbamybezgranic.pl po uprzedniej rejestracji, do czego niezbędny jest adres e-mail Ubezpieczonego lub
 - b) mailowo na adres dbamybezgranic@trustedoctor.com, lub
 - c) 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 Lekarza 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,
 - g) 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 poszpitalnego, nie pokryjemy:
 - a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
 - b) wszelkich kosztów poniesionych niezgodnie z wytycznymi zawartymi w Certyfikacie Leczenia lub nieuzgodnionych 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, świadczeniami 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 w 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, jakby 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 Artykule 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 głównej

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków umowy głównej, 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 głównej.

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 60/2025 z dnia 29 kwietnia 2025 r., wchodzą w życie z dniem 8 maja 2025 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu lub operacji

nr OWU/HRI5/1/2021



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub **+48 22 522 71 24**

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu lub operacji
nr OWU/HRI5/1/2021 (OWU)

Informacje zawarte w OWU**Nr artykułu OWU**

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9, Art. 10
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 dotycząca pobytu w szpitalu lub operacji

nr OWU/HRI5/1/2021

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HRI5 jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona + (dalej: Warunki umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji nr OWU/HRI5/1/2021 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **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, ośrodek rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **Operacja** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 – procedury medyczne, 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, skutków urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych z wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 – procedury medyczne.
- 3) **Pobyt w szpitalu** – stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
- 4) **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).
- 5) **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.
- 6) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania
- 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 Operacji lub Pobytu w szpitalu. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 8) **Suma ubezpieczenia** – kwota, która stanowi podstawę do obliczenia wysokości Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji.
- 9) **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji.
- 10) **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu lub Operacji.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. Ubezpieczamy zdrowie Ubezpieczonego i w razie Pobytu w szpitalu lub Operacji spowodowanych Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem wypłacimy mu należne Świadczenie.
3. W okresie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielamy ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem. Tego ograniczenia nie stosujemy w razie 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, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
2. Wysokość Składki całkowitej, z uwzględnieniem udzielonych rabatów wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

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

1. Umowę dodatkową zawieramy na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego złożony wraz z ankietą medyczną wypełnioną przez Ubezpieczonego.
2. Umowę dodatkową zawieramy na okres:
 - a) 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8 a) albo,
 - b) do najbliższej 5. Rocznic trwania Umowy głównej od momentu dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez Ubezpieczonego zawodu oraz uprawianego przez Ubezpieczonego sportu i hobby,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
4. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo o odmowie jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do Rocznic polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
6. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej.
7. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
8. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej prześlemy Ubezpieczającemu propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej, o ile Ubezpieczony nie ukończył 65. roku życia.
2. Wraz z propozycją przedłużenia prześlemy także informację o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na okres 5 lat, z zastrzeżeniem, że jeśli do końca Umowy lub do Rocznic polisy, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to Umowa dodatkowa zostanie przedłużona odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.
4. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na podstawie tych samych Warunków umowy dodatkowej na podstawie których została zawarta.
5. Jeśli Ubezpieczający 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. Aby zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej Ubezpieczający powinien poinformować nas o tym najpóźniej 10 dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
7. Oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej można przekazać telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Art. 6 W jaki sposób można zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Aby zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia Ubezpieczający wspólnie z Ubezpieczonym powinni złożyć do nas wniosek najpóźniej na 30 dni przed terminem najbliższej płatności. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia do wniosku powinna być dołączona ankieta medyczna wypełniona przez Ubezpieczonego.
2. Zanim zaakceptujemy wniosek możemy:

- a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez Ubezpieczonego zawodu oraz uprawianego przez Ubezpieczonego sportu i hobby,
- b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
3. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych albo odmówimy jej podwyższenia.
4. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona od pierwszej Rocznic polisy licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Wniosek zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu jego złożenia.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty kolejnej płatności składki po akceptacji przez nas wniosku, pod warunkiem, że opłacisz Składkę w nowej wysokości.
8. Zmianę potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Komu i jaką kwotę wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu?

1. Wypłacimy Świadczenie Ubezpieczonemu, jeżeli Pobyt w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą,
 - b) 1 dzień – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi 2% Sumy ubezpieczenia.
4. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 90 dni Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce w ciągu jednego roku polisowego.
5. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno Świadczenie za ten sam okres Pobytu w szpitalu.
6. Pobytu w szpitalu nie przerywa:
 - a) przeniesienie Ubezpieczonego do innego Szpitala zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
 - b) czasowa nieobecność Ubezpieczonego 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.
7. Za dni czasowej nieobecności Ubezpieczonego w Szpitalu nie wypłacimy dziennego świadczenia szpitalnego.
8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Pobytu w szpitalu uprawnionym do Świadczenia jest Uposażony, wskazany przez Ubezpieczonego w Umowie głównej.

Art. 8 Komu i jaką kwotę wypłacimy w przypadku Operacji?

1. W przypadku Operacji wypłacimy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, obowiązującej w dniu przeprowadzenia Operacji, zgodnie z poniższą tabelą:

Kategoria procedury medycznej	Wysokość świadczenia
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 nr 1 – procedury medyczne.

2. W przypadku gdy u Ubezpieczonego zostanie przeprowadzona Operacja polegająca na przeprowadzeniu procedur medycznych, które nie zostały wymienione w Załączniku nr 1 – procedury medyczne, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie to może być wypłacone tylko raz w ciągu jednego roku polisowego.

3. Jako Dzień zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem przyjmujemy dzień przeprowadzenia Operacji.
4. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu takich samych procedur medycznych, wypłacimy Świadczenie wyłącznie za pierwszą z tych Operacji.
5. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna, wypłacimy tylko za jedną procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
6. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji, które miały miejsce w ciągu tego samego roku polisowego nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 9 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Aby wypłacić Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
2. Do wypłaty świadczenia potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
 - a) kopią dowodu osobistego, paszportu lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem, w szczególności mogą to być:
 - karta wypisu ze Szpitala; w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – karty informacyjne leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji lub inny) – jeśli Pobyt w szpitalu lub Operacja spowodowane były Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia oraz jego wysokości – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i nie wypłacimy świadczenia, jeżeli Operacja lub Pobyt w szpitalu zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność wskazanych w Warunkach umowy głównej,
 - 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) Choroby psychicznej,
 - d) 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.
 - e) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotnictwo, paralotnictwo, loty balonem lub sterowcem,
 - f) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - i) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą.
 - j) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - k) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - l) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zęza),
 - m) leczenia lub operacji związanej z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - n) operacji stulejki, zmiany płci, obrzezania, wyłyżeczkowania jamy macicy, cesarskiego cięcia oraz nacięcia i szycia krocza przy porodzie,
 - o) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej oraz terapii alternatywnej.

2. Nie wypłacimy Świadczenia 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 nr 1 – procedury medyczne.
3. Nie wypłacimy Świadczenia za zdarzenia będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się lub Operacja została przeprowadzona po 180 dniach od zajścia tego Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 11 Zastosowanie Warunków umowy głównej

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

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 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzą w życie z dniem 4 lipca 2021 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 – procedury medyczne

Zabiegi w zakresie układu nerwowego		
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A42	Operacje krwaka nad-i podoponowego	Kategoria II
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III
A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
Zabiegi w zakresie układu wydzielania wewnętrznego		
B04	Wycięcie zmiany w obrębie przysadki	Kategoria II
B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
Zabiegi w powłokach ciała		
B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B28	Kwadrantektomi	Kategoria IV
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
Zabiegi w zakresie oka		
C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
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
C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
Zabiegi w zakresie ucha		
D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
Zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła		
E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
G04	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria III
F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV
F45	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	Kategoria IV
Zabiegi w zakresie układu oddechowego		
E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E55	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	Kategoria I
Zabiegi w zakresie układu trawiennego		
G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II
G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
G59	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostom)	Kategoria III
G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G70	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostom)	Kategoria III
H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV
H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
H08	Wycięcie poprzecznicy	Kategoria II
H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria III
H17	Wewnątrzbrzusne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
J02	Wycięcie płata bądź segmentu wątroby	Kategoria I
J03	Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	Kategoria III
J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria II
J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
J58	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	Kategoria III
Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego		
K01	Przeszczep serca i płuc	Kategoria I
K02	Operacja naprawcza serca (zeszycie uszkodzenia mechanicznego mięśnia sercowego)	Kategoria I
K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I

K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	Kategoria I
K40	Pomost aortalno-wieńcowy	Kategoria I
K43	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
K49	Przeszkórna angioplastyka wieńcowa	Kategoria II
K60	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
Zabiegi w zakresie układu krwionośnego i limfatycznego		
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L33	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	Kategoria I
L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV
L85	Operacja żylaków kończyny dolnej	Kategoria IV
T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
Zabiegi w zakresie układu moczowego		
M01	Przeszczep nerki jako biorca	Kategoria II
M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopową	Kategoria IV
M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III
Zabiegi w zakresie męskich narządów płciowych		
M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV

N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N06	Jednostronne wycięcie jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV
N26	Amputacja prącia	Kategoria III
Zabiegi w zakresie żeńskich narządów płciowych		
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q21	Obustronne wycięcie jajników	Kategoria III
Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Zabiegi w zakresie ściany klatki piersiowej, opłucnej, śródpiersia i przepony		
E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T15	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	Kategoria I
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
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego		
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II

W05	Wszczepienie protezy kości, Przeszczep kości	Kategoria III
W08	Operacja haluksów	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
W11	Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	Kategoria V
W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
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-miedniczna	Kategoria II

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem

nr OWU/WPR4/1/2021



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub **+48 22 522 71 24**

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Umowa dodatkowa dotycząca Inwalidztwa spowodowanego
Nieszczęśliwym wypadkiem nr OWU/WPR4/1/2021 (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
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 5, Art. 6
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 dotycząca Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem

nr OWU/WPR4/1/2021

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WPR4, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona + (dalej: Warunki umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem nr OWU/WPR4/1/2021 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku ukończyli 60 rok życia za niezdolność do pracy uznaje się również następujące uszczerbki na zdrowiu spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem: Utratę słuchu, Utratę wzroku w jednym oku, Utratę kończyny.
- 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które miało miejsce w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia. W rozumieniu niniejszych Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani 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.
- 4) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 5) **Utrata wzroku w jednym oku** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 6) **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.
- 7) **Utrata kończyny** – fizyczna utrata którejkolwiek kończyny (przynajmniej dłoni lub stopy) albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w którejkolwiek kończynie.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy dodatkowej i co jest objęte ubezpieczeniem?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Ubezpieczamy zdrowie osoby ubezpieczonej i w razie Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem przejmujemy opłacanie Składki całkowitej.

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, stosownie do wieku Ubezpieczonego, wysokości Składki za Umowę główną i pozostałe Umowy dodatkowe, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
2. Wysokość Składki za Umowę dodatkową zmienia się wraz ze zmianą wysokości Składki za Umowę główną i pozostałe Umowy dodatkowe.
3. Wysokość Składki całkowitej, z uwzględnieniem udzielonych rabatów wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

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

1. Umowę dodatkową zawieramy na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres:
 - a) nie krótszy niż 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 a),
 - b) nie dłuższy niż do Rocznic polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.

3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących zawodu wykonywanego przez Ubezpieczonego oraz uprawianego przez Ubezpieczonego sportu i hobby.
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
4. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo odmawia odmówimy jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej.
6. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
7. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 5 W jaki sposób przejmujemy opłacanie składek?

1. W celu przejąć opłacanie Składki całkowitej, musimy zostać poinformowani o zajściu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Za dzień zajścia Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem:
 - a) przyjmujemy ostatni dzień 6-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej pod warunkiem, że ww. okres rozpoczął się nie później niż przed upływem 90 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 60 rok życia dodatkowo: dzień wystąpienia utraty słuchu, utraty wzroku w jednym oku lub utraty kończyny.
3. Przejmujemy opłacanie Składki całkowitej na czas określony, jednak nie dłużej niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75. roku życia.
4. Jeśli złożysz wniosek o przejęcie opłacania składek po upływie 6-miesięcznego okresu wskazanego w ust 2 pkt a), to:
 - a) przejmujemy opłacanie składek od najbliższego terminu płatności następującego po dniu zajścia Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) zwrócimy Ci Składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za ten 6-miesięczny okres.
5. Jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu wskazanego w ust 2 pkt a) Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy, za dzień zajścia Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem możemy uznać dzień wcześniejszy. W takim wypadku:
 - a) przejmujemy opłacanie Składek całkowitych począwszy od terminu płatności przypadającego bezpośrednio po ustalonym wcześniejszym dniu zajścia Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) zwrócimy Składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za część wyżej wskazanego 6-miesięcznego okresu przypadającą przed ustalonym wcześniejszym dniem zajścia Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. W przypadku Utraty wzroku w jednym oku, Utraty słuchu lub Utraty kończyny przez Ubezpieczonego, który ukończył 60. rok życia, przejmujemy opłacanie Składek całkowitych od dnia zajścia tego zdarzenia, do końca trwania Umowy głównej.
7. Do przejęcia opłacania Składki całkowitej potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
 - a) kopią dowodu osobistego, paszportu lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem, w szczególności mogą to być:
 - notatka z Policji lub inny urzędowy dokument potwierdzający zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (tj. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - zwolnienia lekarskie potwierdzające nieprzerwaną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w ciągu 6 miesięcy poprzedzających dzień zajścia zdarzenia,
 - decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia oraz jego wysokości – poprosimy o nie jeśli będą niezbędne.

8. W okresie przejścia przez opłacania Składek całkowitych nie jest możliwe:
- a) podwyższenie Sumy ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) zmiana częstotliwości opłacania Składki całkowitej,
 - c) dokupienie Umowy dodatkowej,
 - d) Indeksacja Składki za Umowę główną.

Art. 6 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie przejmujemy opłacania składek całkowitych?

Nie wypłacimy świadczenia, jeśli Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:

- a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność wskazanych w Warunkach umowy głównej,
- b) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
- c) 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,
- d) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- e) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego.

Art. 7 Zastosowanie Warunków umowy głównej

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

Art. 8 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzą w życie z dniem 4 lipca 2021 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa całkowitego

nr OWU/PDR4/1/2021



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

[801 20 30 40](tel:801203040) lub [+48 22 522 71 24](tel:+48225227124)

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa całkowitego
nr OWU/PDR4/1/2021 (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
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
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 dotycząca trwałego inwalidztwa całkowitego

nr OWU/PDR4/1/2021

Umowa dodatkowa oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PDR4, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona + (dalej: Warunki umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa całkowitego nr OWU/PDR4/1/2021 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **Trwałe inwalidztwo całkowite** – spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem albo Chorobą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- 2) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – 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, odżywianie 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, która zaszła w okresie ochrony.
- 3) **Niezdolność do pracy** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie ochrony.
- 4) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 5) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 6) **Suma ubezpieczenia** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, równa Sumie ubezpieczenia z Umowy głównej.
- 7) **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego, równa Sumie ubezpieczenia.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. Zakres ochrony obejmuje Trwałe inwalidztwo całkowite, które rozpoczęło się w okresie ochrony, i utrzymuje się co najmniej 12 miesięcy.
3. Dniem zajścia zdarzenia jest ostatni dzień 12-miesięcznego okresu Trwałego inwalidztwa całkowitego, choćby dzień ten wystąpił po rozwiązaniu lub wygaśnięciu 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, stosownie do wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
2. Wysokość Składki całkowitej, z uwzględnieniem udzielonych rabatów wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

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

1. Umowę dodatkową zawieramy na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego złożony wraz z ankietą medyczną wypełnioną przez Ubezpieczonego.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres:
 - a) nie krótszy niż 5 lat,
 - b) nie dłuższy niż do Rocznicy polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, zawodu wykonywanego przez Ubezpieczonego oraz uprawianego przez Ubezpieczonego sportu i hobby,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.

4. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych albo odmówimy jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo dokupiona w czasie trwania Umowy głównej.
6. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
7. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - d) z dniem wypłaty Świadczenia.

Art. 5 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z dniem zajścia Trwałego inwalidztwa całkowitego, za które odpowiedzialność ubezpieczeniową ponosi Nationale-Nederlanden.
2. Sumę ubezpieczenia wypłacimy także wtedy, gdy dzień zajścia zdarzenia nastąpił po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej o ile Niezdolność do samodzielnej egzystencji lub Niezdolność do pracy rozpoczęły się w okresie ochrony.
3. Suma ubezpieczenia jest równa Sumie ubezpieczenia z Umowy głównej z dnia zajścia Trwałego inwalidztwa całkowitego.
4. Jeżeli Trwałe inwalidztwo całkowite nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej, podstawą do obliczenia świadczenia jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu Umowy dodatkowej.

Art. 6 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Aby wypłacić Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
2. Do wypłaty Świadczenia potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia, w szczególności mogą to być:
 - a) kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca wystąpienie Trwałego inwalidztwa całkowitego (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań,
 - c) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
 - d) dokument potwierdzający zajście i okoliczności wypadku (np. notatka urzędowa z policji lub inny dokument), jeżeli wypadek był przyczyną Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - e) inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. Wniosek o wypłatę Świadczenia należy złożyć najwcześniej w dniu zajścia Trwałego inwalidztwa całkowitego.
4. Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
 - a) w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.
5. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?

Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Trwałe inwalidztwo całkowite zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:

- a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność wskazanych w Warunkach umowy głównej,
- b) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
- c) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego 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,
- d) 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.

- 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) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- g) Choroby psychicznej.

Art. 8 Zastosowanie Warunków umowy głównej

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzą w życie z dniem 4 lipca 2021 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela limitów i opłat

TLiO/TMR4/1/2021

Tabela limitów i opłat zatwierdzona przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 42/2021 z dnia 18 czerwca 2021 r., wchodzi w życie z dniem 4 lipca 2021 r.

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

TMR4 Terminowe ubezpieczenie na życie „Ochrona +”.

Rodzaj opłaty			
1.	Składki minimalne: składka za Umowę główną (w przypadku składki innej niż miesięczna – przed uwzględnieniem rabatu za częstotliwość opłacania składki całkowitej):	miesięczna	40 zł
		kwartalna	120 zł
		półroczna	240 zł
		roczna	480 zł
2.	Rabat za częstotliwość opłacania składki całkowitej:	kwartalna	1,00%
		półroczna	2,30%
		roczna	5,00%
3.	Minimalna Suma ubezpieczenia dla Umowy głównej (minimalna wysokość świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego):	30 000 zł	
4.	Minimalna Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania CIR5, CIR7:	10 000 zł	
5.	Maksymalna Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania CIR5, CIR7:	600 000 zł	
6.	Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia umów dodatkowych dotyczących poważnego zachorowania CIR0, CIR1, CIR3, CIR4, CIR5, CIR6, CU12, CD12, CI12 i CP12 ze wszystkich złożonych wniosków o ubezpieczenie:	600 000 zł	
7.	Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji: HRI4 • wariant I • wariant II • wariant III Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia obejmująca umowy dodatkowe dotyczące pobytu w szpitalu lub operacji (HRI4), których przedmiotem jest zdrowie Ubezpieczonego wynosi:	2 500 zł	
		5 000 zł	
		10 000 zł	
		10 000 zł	
8.	Minimalna Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu i operacji HRI5:	5 000 zł	
9.	Maksymalna Suma ubezpieczenia umowy dodatkowej dotyczącej dotyczącej pobytu w szpitalu i operacji HRI5:	40 000 zł	
10.	Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia umów dodatkowych dotyczących pobytu w szpitalu i operacji HRI3, HRI5, HR12, HP12, HD12, HE12 ze wszystkich złożonych wniosków o ubezpieczenie:	50 000 zł	
11.	Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa całkowitego PDR4:	równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci	