

Ogólne warunki Umowy dodatkowej – „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy IPB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Nationale-Nederlanden~~ kodem IPB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem IPB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Suma Ubezpieczenia**” – kwota stanowiąca podstawę do wypłaty świadczeń, zależna od wybranej liczby rat i wybranej wysokości miesięcznej wypłaty. W trakcie trwania ubezpieczenia Suma Ubezpieczenia będzie pomniejszana o kolejne wypłaty.
- 2) „**Niezdolność do pracy**” – Całkowita lub Częściowa utrata zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu, której pierwszy dzień niezdolności miał miejsce w okresie udzielania ochrony przez Nationale-Nederlanden i utrzymująca się co najmniej 182 dni i trwająca nadal.
 - 2) a) „**Niezdolność do samodzielnej egzystencji**”
 - trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 182 dni i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - mycie,
 - ubieranie się,
 - odżywianie,
 - poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - kontrola czynności fizjologicznych.
- 3) „**Całkowita niezdolność do pracy**” – oznacza utratę zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy.
- 4) „**Częściowa niezdolność do pracy**” – oznacza znaczny stopień utraty zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, orzeczonej po 182 dniach Całkowitej niezdolności do pracy.
- 5) „**Dzień zajścia Niezdolności do pracy**” ostatni dzień 182-dniowego okresu nieprzerwanej Całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- 6) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 7) „**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 za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 8) „**Choroba psychiczna**” – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 9) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z 2 wariantów Umowy dodatkowej:
 - a) Wariant z 6 miesięcznymi ratami (IPB17_A).
 - b) Wariant z 12 miesięcznymi ratami (IPB17_B).
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność do pracy Ubezpieczonego, jeśli nastąpiła przed ukończeniem

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej Miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy IPB17

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 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

przez Ubezpieczonego 65. roku życia lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie regularnych, równych, miesięcznych wypłat w wysokości określonej w polisie. Maksymalna liczba wypłat zależy od wybranego Wariantu Umowy dodatkowej.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu niezdolności do pracy utrzymującej się co najmniej 182 dni.
3. Wypłata świadczenia będzie trwała nie dłużej niż do zaistnienia wcześniejszego ze zdarzeń: do końca miesiąca, w którym wystąpił ostatni dzień orzeczonej Niezdolności do pracy, albo do wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
4. Kontynuacja wypłaty świadczenia, o ile nie została wyczerpana Suma ubezpieczenia, będzie możliwa po ponownym otrzymaniu orzeczenia o Niezdolności do pracy i które to orzeczenie jest kontynuacją poprzedniego.
5. Jeśli kolejna Niezdolność do pracy będzie skutkiem odrębnej przyczyny niż wcześniejsza, będzie miał zastosowanie nowy 182 dniowy okres oczekiwania na wypłatę świadczenia.
6. Prawo do wypłaty świadczenia Ubezpieczony nabywa z Dniem zajścia Niezdolności do pracy.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Warunkiem wypłaty świadczenia jest Niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) kopii dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego,
 - c) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną Niezdolność do pracy, orzeczenie o Niezdolności do pracy lub przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, orzeczenie komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych; orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej; orzeczenie lekarza rzeczoznawcy KRUS),
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji (np. kartę informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentację leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - e) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności wypadku (np. notatki urzędowej z policji lub innej),

– jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do pracy,

- f) innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty miesięcznego świadczenia, które powinny zostać dostarczone na wniosek
3. Na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt w autoryzowanych przez placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.
 4. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 5. Jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

1. nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, zostały spowodowane lub wydarzyły się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach

- sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską, miejskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sztukach i sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
- h) 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,
- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
- j) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji, jeżeli nastąpiła ona w następstwie Choroby psychicznej.
3. [Redacted] nie ponosi również [Redacted] odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji, jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.3 nie stosuje się jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji nastąpiła po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. [Redacted] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

c) przyznania świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego nie będzie kontynuowana w kolejnym Roku polisowym, po pierwszym przyznanym świadczeniu.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[Redacted] a
Z dnia [Redacted] r.,
wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

[Redacted]
[Redacted]
Członek Zarządu

[Redacted]
[Redacted]
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela TPDT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [redacted] kodem TPDT17

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPDT17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„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 za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 2) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 3) **„Choroba zawodowa”** – przewlekła Choroba narządu głosu spowodowana nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat:
 - a) guzki głosowe twarde;
 - b) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych;
 - c) niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią.
- 4) **„Lekarz”** – lekarz medycyny pracy, spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne, określone w trybie art. 229 § 8 pkt 5 Kodeksu pracy, posiadający uprawnienia do wykonywania badań, o których mowa w art. 229 § 1, 2 i 5 Kodeksu pracy, wykonujący działalność w jednostce służby medycyny pracy, z którą Placówka oświatowa zawarła umowę, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.
- 5) **„Nauczyciel”** – osoba będąca nauczycielem w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela lub nauczycielem akademickim w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.
- 6) **„Okresowa niezdolność do pracy nauczyciela”** – całkowita niezdolność do wykonywania zawodu Nauczyciela spowodowana Chorobą zawodową, skutkująca przyznaniem Ubezpieczonemu uprawnienia do świadczenia z tytułu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy.
- 7) **„Placówka oświatowa”** – w rozumieniu niniejszych Warunków: żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, liceum techniczne, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa, zespół szkół, szkoła policealna, uczelnia wyższa, studium, liceum ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, dom dziecka, placówki oświatowo-wychowawcze umożliwiające rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego, szkoła o profilu sportowym, szkoła specjalna.
- 8) **„Urlop w celu poratowania zdrowia”** – pobyt Ubezpieczonego na urlopie w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia:
 - a) Choroby zagrażającej wystąpieniem Choroby zawodowej lub
 - b) Choroby, w której powstaniu czynniki środowiska pracy lub sposób wykonywania pracy odgrywają istotną rolę.
- 9) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – wystąpienie u Ubezpieczonego Okresowej niezdolności do pracy nauczyciela lub Urlopu w celu poratowania zdrowia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Okresową niezdolnością do pracy nauczyciela, rozpoczynającą swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
 - b) Urlop w celu poratowania zdrowia pod warunkiem że rozpoczął się w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz trwał nieprzerwanie przez okres co najmniej 90 dni.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy [REDAKTOWANE] stosuje Karencję?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek [REDAKTOWANE] ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt [REDAKTOWANE] w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dacie Zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu:
 - a) wydania przez właściwy organ decyzji o przyznaniu Ubezpieczonemu uprawnienia do świadczenia z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy, spowodowanej chorobą zawodową, lub
 - b) wskazanym w dokumentacji wystawionej przez dyrekcję Placówki oświatowej, potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu Urlopu w celu poratowania zdrowia, jako pierwszy dzień trwania tego urlopu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej Okresową niezdolność do pracy nauczyciela,

chorobę zagrażającą wystąpieniu choroby zawodowej skutkującej okresową niezdolnością do pracy nauczyciela lub chorobę w której powstaniu czynniki środowiska pracy lub sposób wykonywania pracy odgrywają istotną rolę,

- c) decyzji o orzeczeniu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub decyzji dyrektora placówki oświatowej o przyznaniu Urlopu w celu poratowania zdrowia w oparciu o orzeczenie Lekarza,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób [REDAKTOWANE] niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. [REDAKTOWANE] wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie jedno świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba w wyniku, której nastąpiła Okresowa niezdolność do pracy nauczyciela lub Urlop w celu poratowania zdrowia, została spowodowana lub wydarzyła się w bezpośrednim następstwie:
 - a) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi 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,

- g) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - i) choroby psychicznej.
2. [Redacted] nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Ubezpieczony złożył wniosek o przyznanie Urlopu w celu podratowania zdrowia lub Okresowej niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela, do uprawnionego do uprawnionego organu przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. [Redacted] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Okresowa niezdolności do pracy nauczyciela lub konieczności skorzystania z Urlopu w celu poratowania, wydarzyły się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Okresowa niezdolności do pracy nauczyciela lub konieczności skorzystania z Urlopu w celu poratowania, wydarzyły się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. [Redacted] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Okresowa niezdolność do pracy nauczyciela lub konieczności skorzystania z Urlopu w celu poratowania, wydarzyły się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki zatwierdzone przez Zarząd

[Redacted]
[Redacted]
wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2019 r.

[Redacted]
[Redacted]

Członek Zarządu

[Redacted]
[Redacted]

Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, 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 Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego FCR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] na kodem FCR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17 są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica, Ojczyrna lub Macochy pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Współubezpieczony**” – Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 3) „**Rodzic**” – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 4) „**Rodzic Małżonka**” – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 5) „**Ojczym**” – aktualny mąż matki Ubezpieczonego lub matki Małżonka Ubezpieczonego, wdowiec po matce Ubezpieczonego lub matce Małżonka Ubezpieczonego nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub biologicznym ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- 6) „**Macocha**” – aktualna żona ojca Ubezpieczonego lub ojca Małżonka Ubezpieczonego, wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub ojcu Małżonka Ubezpieczonego nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub biologiczną matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
- 7) „**Dziecko**” – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 8) „**Przysposobienie Dziecka**” – to dobrowolne, uregulowane prawem przybranie dziecka za swoje, gdzie stosunek pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym jest jak między rodzicami a dziećmi. W tym przysposobienie pełne/pełne nierozwiązywalne (całkowite) potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.
- 9) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w czasie, w którym [REDAKTOWANE] udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 10) „**Narodziny martwego Dziecka**” – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 11) „**Narodziny żywego Dziecka**” – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 12) „**Narodziny Dziecka**” – Narodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic Dziecka albo Przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. W zależności od wariantu określonego w polisie Umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka (kod DPB17),

- b) wariant B – narodziny Dziecka (kod BCB17),
 - c) wariant C – śmierć Dziecka (kod DCB17),
 - d) wariant D – narodziny martwego Dziecka (kod SBB17),
 - e) wariant E – osierocenie Dziecka (kod OCB17).
 - f) wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka, spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (ADPB17).
2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów, spośród wymienionych w ust.1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.
 3. [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy [REDAKTOWANE] stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość świadczenia z tytułu Narodzin dziecka (wariant B) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową różnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka. Postanowienią zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
2. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3 i 4, wysokość świadczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka (wariant A) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową różnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka. Postanowienią zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie:
 - a) 6-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem punktu b,
 - b) 9-miesięczna Karencja z tytułu Narodzin Dziecka.
4. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie:
 - a) 6-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem punktu b,
 - b) 9-miesięczna Karencja z tytułu Narodzin Dziecka.
5. W czasie Karencji, o której mowa w ust.3 i 4, [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Współubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem oraz z tytułu Osierocenia Dziecka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.6.
6. Karencja, o której mowa w ust.1 i 2 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu Ochroną ubezpieczeniową.
7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.6, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez [REDAKTOWANO] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANO] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [REDAKTOWANO] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka, śmierć Dziecka lub osierocenie Dziecka były spowodowane lub wydarzyły się w następstwie:
- działań wojennych lub stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. [REDAKTOWANO] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Narodzin martwego Dziecka lub śmierci Dziecka, jeżeli jest ono skutkiem przerwania ciąży.
5. Jeżeli śmierć Współubezpieczonego nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
6. [REDAKTOWANO] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. [REDAKTOWANO] nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTOWANO]

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd [REDAKTOWANO] Towarzystwa [REDAKTOWANO] w dniu [REDAKTOWANO] 28 kwietnia 2023 r.

[REDAKTOWANO]
Członek Zarządu

[REDAKTOWANO]
Członek Zarządu

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu – w przypadku wariantu A, B, C, D lub F,
 - b) każdemu Dziecku – w przypadku wariantu E.
1. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
2. W przypadku wariantu A i wariantu F w stosunku do jednego Ubezpieczonego odpowiedzialność Nationale-Nederlanden ograniczona jest do wystąpienia 4 zdarzeń. W przypadku wariantu E w stosunku do każdego Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia Art. 20 ust.2, 3, 7 Warunków Umowy głównej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [redacted] wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny, urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - lub
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka, Ojczyrna lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyrna lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
- b) wariant B – narodziny Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - w przypadku przysposobienia pełnego (niebędącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym) prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego stwierdzające przysposobienie.
- c) wariant C – śmierć Dziecka:
 - odpisu aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
- d) wariant D – narodziny martwego Dziecka:
 - odpisu aktu zgonu lub aktu urodzenia martwego Dziecka,
 - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu.
- e) wariant E – osierocenie Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu Umowy głównej,
- f) wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego,
 - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- lub
- odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka Ubezpieczonego, Ojczyrna lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego
- zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
- odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
- odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyrna lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
- dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka

DSB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Natimut - Versicherungsunternehmen** kodem DSB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. **Natimut - Versicherungsunternehmen** ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kiedy **Natimut - Versicherungsunternehmen** stosuje Karencję?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria

uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W czasie Karencji **Natimut - Versicherungsunternehmen** ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie **Natimut - Versicherungsunternehmen** następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty,

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 3, 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

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu SHSDR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

- | Informacje zawarte w OWU | Nr Artykułu |
|--|--------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia. | Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia. | Art. 3, 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 |

- dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, 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,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne

- wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTED]
 5. Jeżeli Małżonek popełni samobójstwo w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, [REDAKTED] jest zwolnione z odpowiedzialności.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[REDAKTED]
[REDAKTED]
[REDAKTED] 2019 r.

[REDAKTED]

[REDAKTED]
Członek Zarządu

[REDAKTED]
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu SHSDR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka Ubezpieczonego, spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem SHSDR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHSDR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Zawał serca”** – uszkodzenie mięśnia sercowego, wywołane nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi być rozpoznane przez Lekarza specjalistę. Rozpoznanie musi być oparte na:
 - a) stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej, klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
 - nowe odcinkowe zaburzenie kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca
 - b) typowych objawach klinicznych zawału mięśnia sercowego i nowych zmianach niedokrwienych w EKG, zanim oznaczono stężenie biomarkerów sercowych we krwi lub zanim stały się one nieprawidłowe.

- 3) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- jakiegokolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu Ubezpieczonego – śmierć Małżonka, której bezpośrednią przyczyną był Zawał serca lub Udar mózgu, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Małżonka musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu w ciągu 30 dni od diagnozy.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kiedy [REDAKTOWANE] stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania niniejszej Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym

Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku zawieszenia opłacania składki przez okres powyżej 3 miesięcy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zostanie przywrócona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę całkowitą.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
3. **Nationale-Nederlanden** wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpiezonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności **Nationale-Nederlanden**.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie **Nationale-Nederlanden** następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionych przez odnośne władze lub Lekarza,
 - d) odpisu skróconego aktu małżeństwa,
 - e) wyniku sekcji zwłok Małżonka, jeśli była przeprowadzana,
 - f) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez **Nationale-Nederlanden**

zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności **Nationale-Nederlanden** okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) udziału Ubezpiezonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego w terminie Składki, **Nationale-Nederlanden** wzywa Ubezpieczającego do jej zapłaty wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin. Jeśli składka nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego we wskazanym terminie, **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.
3. **Nationale-Nederlanden** nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpiezonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność **Nationale-Nederlanden**.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted signature]
Członek Zarządu

[Redacted signature]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

- | | |
|--|--------------------------------|
| 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. 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 Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

SADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem SADR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym [REDAKTOWANE] udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. [REDAKTOWANE] wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym [REDAKTOWANE] udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - e) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez [REDAKTOWANE] zawiadomienia o zajściu zdarzenia

ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [redacted] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawiania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości [redacted] w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, 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) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

4. [redacted] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted].

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[redacted]
[redacted]
[redacted] 2019 r.,
wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem SADT17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADT17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochyleń.
- 3) „**Wypadek komunikacyjny**” – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Małżonek jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 4) „**Statek wodny**” – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
- 5) „**Statek powietrzny**” – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. [REDAKTOWANE] wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem że Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym [REDAKTOWANE] udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - e) dokumentów potwierdzających zajście

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 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

- i okoliczności Wypadku komunikacyjnego oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, 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) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich,

- licencjonowanych linii lotniczych,
- i) wypadku w ruchu wodnym, zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich.
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. [REDAKTED] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[REDAKTED] i [REDAKTED] w sprawie [REDAKTED] na [REDAKTED] dnia 20 listopada 2019 r.,
zatwierdził w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

[REDAKTED]
Członek Zarządu

[REDAKTED]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
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 Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem SCCB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCCB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności, do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 3) „**Nowotwór**” – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ) lub Nowotwór łagodny.
- 4) „**Nowotwór złośliwy**” – nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
- 5) „**Rak przedinwazyjny**” (Carcinoma in situ) – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.
- 6) „**Nowotwór łagodny**” – nowotwór zbudowany z tkanki różnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki macierzystej, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek i niepowodujący przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone

badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy i jajnika, po leczeniu chirurgicznym.

- 7) „**Diagnoza**” – rozpoznanie przez Lekarza Nowotworu objętego zakresem ubezpieczenia, wymienionego w Art. 2 ust.2, poparte wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych – Nowotworów w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) Rak przedinwazyjny piersi
 - b) Rak przedinwazyjny jajnika
 - c) Rak przedinwazyjny trzonu macicy
 - d) Rak przedinwazyjny jajowodu
 - e) Rak przedinwazyjny jądra
 - f) Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 N0M0
 - g) Czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A
 - h) Rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego
 - i) Nowotwór łagodny tarczycy po leczeniu chirurgicznym
 - j) Nowotwór łagodny jajnika po leczeniu chirurgicznym
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego [REDAKTOWANE] przyjmuje dzień postawienia Diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny.

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek [REDAKTOWANE] Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się badaniom orzecznictwem w autoryzowanych placówkach

medycznych na koszt [REDAKTOWANE].
Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez [REDAKTOWANE] może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia albo, w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.4, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”) zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
4. W przypadku Diagnozy kilku Nowotworów, o których mowa w Art. 2 ust.2 [REDAKTOWANE] wypłaca świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Nowotworu:
 - karta wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - opinia Lekarza prowadzącego,
 - odpis wyniku badania histopatologicznego,
 - dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku Nowotworu łagodnego lub potwierdzające Diagnozę Nowotworu objętego zakresem Umowy,
 - e) inne dokumenty, w tym dokumenty medyczne, opinie i wyniki badań laboratoryjnych możliwe do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczące zajścia zdarzenia oraz niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE] albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.
3. [REDAKTOWANE] wypłaci świadczenie z tytułu Nowotworu, rozpoznanego lub zdiagnozowanego u Małżonka w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

1. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, który jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.1 nie stosuje się jeżeli zachorowanie na Nowotwór nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni po Dniu wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. [REDAKTOWANE] nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1 lub 4 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTOWANE] lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust.2, zajdzie przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust.2, zajdzie przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek.
6. Ograniczenia odpowiedzialności opisane w ust.5 nie znajdują zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.
7. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust.2 (piersi,

jajnika, trzonu macicy, jajowodu, jądra) oraz dysplazji szyjki macicy i wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- b) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~ uchwałą _____ z dnia 28 listopada 2019 r.
wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

~~_____~~ ~~_____~~

~~_____~~
Członek Zarządu

~~_____~~
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** kodem SCIB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu Poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Poważne zachorowanie**” – schorzenie Małżonka lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.
- 3) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) „**Szpital**” – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 5) „**Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów**” – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie

pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

- a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV/AIDS, choroba Alzheimera lub demencja, stan wegetatywny/ zespół apaliczny, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie mózgu, zaawansowana niewydolność oddechowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofia mięśniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń trzewny układowy, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatość Wegenera, ciężka sepsa, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna, postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
- b) **Grupa II** – zawał serca, operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty, kardiomiopatia,
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu, operacja mózgu,
- d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia, paraliż, utrata kończyn, ciężki uraz mózgu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (SCIB17_A) albo w wariantie rozszerzonym (SCIB17_B) albo w wariantie pełnym (SCIB17_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących

Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

a) **„Nowotwór (guz) złośliwy”** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bNOMO lub wyższym,
- rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.

c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

d) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu

neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,

- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych

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) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego.

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.

g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Małżonkowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

i) **„Utrata słuchu”** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana

- zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
4. Zakres ubezpieczenia w wariancie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Małżonka Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:
- a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwsza w życiu operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.
- c) **„Stwardnienie rozsiane”** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.
- d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
- f) **„Schyłkowa niewydolność wątroby”** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.
Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- g) **„Angioplastyka tętnic wieńcowych”** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przeszskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficznie potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.
- h) **„Śpiączka”** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby stosowania systemów podtrzymywania życia przez co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających.
- i) **„Choroba Parkinsona”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Małżonka trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.
- j) **„Choroba Creutzfeldta-Jakoba”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę

neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).
- k) **„Zakażenie wirusem HIV”** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
 - Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/ skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone ~~Notariuszowi~~ w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
 - Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
- l) **„Ciężka sepsa”** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej

jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
- częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Szpitala prowadzącego leczenie.

5. Zakres ubezpieczenia w wariantcie pełnym obejmuje wystąpienie u Małżonka Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

- a) **„Choroba Alzheimera lub demencja”** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
- b) **„Operacja mózgu”** – przebyte operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.
- c) **„Kardiomiopatia”** – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości

- przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.
- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:
- schyłkowa niewydolność nerek,
 - schyłkowa niewydolność oddechowa,
 - utrata wzroku,
 - utrata słuchu.
- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
 - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - szybko narastająca żółtaczką,
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby). Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.
- g) **„Wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna”** – wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:
- usunięcie całego jelita grubego (okreźnicy),
 - częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.
- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.
- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowa”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) nie wyższe niż 55 mmHg,
 - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwały ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- k) **„Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.
- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - typowy obraz elektromiograficzny,
 - rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia.

- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- stawy międzypaliczkowe rąk stawy nagarstkowe
 - stawy łokciowe
 - stawy kręgosłupa szyjnego
 - stawy kolanowe
 - stawy stóp
- Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea),
 - zlokalizowanych postaci sklerodermy (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
 - eozynofilowego zapalenia powięzi,
 - zespołu CREST.
- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.
- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ~~National Methodology~~ przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimera lub demencji, stanu wegetatywnego/ zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej sklerodermy), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust.3 pkt. j) 12-miesięcznego okresu,
- e) w przypadku wrzodzącego zapalenia jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego

wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

7. [REDAKTOR] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy [REDAKTOR] stosuje Karencję?

- W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących Poważnych zachorowań:
 - Nowotwór złośliwy,
 - Łagodny nowotwór mózgu,
 - Operacja aorty,
 - Operacja zastawek serca,
 - Operacja mózgu,
 - Kardiomiopatia,
 - Przewlekłe zapalenie trzustki,
 - Wrzodzące zapalenie jelita grubego,
 - Choroba Leśniewskiego-Crohna.
- W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka i zabiegi, o których mowa w Art. 2 ust.3 -5. .
- W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
- Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty

świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:

- listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
- datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

- Ubezpieczony zapewni, że na wniosek [REDAKTOR] Małżonek podda się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Małżonka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
- W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.3-5, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

- Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.4 oraz ust.7.
- Z zastrzeżeniem ust.3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.6.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Art. 2 ust.3 pkt. j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
- W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka lub zabieg należały do Grupy I lub
 - kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem Poważnych zachorowań Małżonka lub zabiegów wskazanych w ust.5.
- Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie Małżonka oraz Grupa I.
- [REDAKTOR] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Małżonek zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.

7. [REDACTED] wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.5.
8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, [REDACTED] wypłaci tylko jedno świadczenie.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDACTED] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, [REDACTED]
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową;
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDACTED] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. [REDACTED] wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności [REDACTED]

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu, [REDACTED]
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) wypadku spowodowanego przez Małżonka, jeżeli ten pozostawał w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa.
 - h) Chorobą będącą skutkiem spożycia alkoholu.
2. Na [REDACTED] nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 4. Na [REDACTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Na [REDACTED] wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDACTED]
 6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB17_D (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB17_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX kodem SCIB17_D.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB17_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu Poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) „**Poważne zachorowanie na choroby zakaźne**” – schorzenie Małżonka lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.
- 3) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących Poważnych zachorowań na choroby zakaźne w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) „**Wścieklizna**” – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
 - zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,

- niedowład lub porażenie,
- skurcze mięśni przetyku,
- wodowstręt,
- majaczenie,
- drgawki,
- niepokój.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
 - wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - wykrycie antygenu wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- b) „**Tężec**” – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
 - bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze.Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek *Clostridium tetani* z miejsca zakażenia lub wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.
 - c) „**Żółta gorączka**” – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu

- przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
 - wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.
- d) **„Cholera”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (**wymioty lub biegunka**), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.
- e) **„Gorączka denga”** – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
- bóle głowy,
 - ból pozagałkowy,
 - bóle mięśni,
 - bóle stawów,
 - wysypka,
 - objawy krwotoczne,
 - leukopenia.
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.
- f) **„Dur brzuszny”** – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego *Salmonella typhi*. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
- bóle głowy,
 - względna bradykardia,
 - kaszel,
 - biegunka, zaparcie, ból brzucha.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
- g) **„Malaria”** – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
 - wykryto kwas nukleinowy *Plasmodium* spp. w krwi lub
 - wykryto antygen *Plasmodium* spp.
- h) **„Schistosomatoza”** – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
- i) **„Zgorzel gazowa”** – zakażenie przyranne wywołane beztlenową łaseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.
- j) **„Neuroborelioza”** – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgowodzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzonego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia* spp. z materiału klinicznego,
 - znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nati[redacted] stosuje Karencje?

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja, obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w Art. 2 ust.2

2. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w Art. 2 ust.2.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony zapewni, że na wniosek **Nationale-Nederlanden** Małżonek podda się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez **Nationale-Nederlanden** placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Małżonka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.3.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. **Nationale-Nederlanden** może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
4. **Nationale-Nederlanden** nie wypłaci świadczenia, jeżeli Małżonek zmarł w następstwie Poważnego zachorowania na choroby zakaźne w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania na choroby zakaźne.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie **Nationale-Nederlanden** następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania:

- karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań **Nationale-Nederlanden**,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
- e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez **Nationale-Nederlanden** zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. **Nationale-Nederlanden** wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne, rozpoznane lub zdiagnozowane w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego, **Nationale-Nederlanden**,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym.
2. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu SHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ██████████ kodem SHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 6) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 9) **„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 za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 10) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 12) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu SHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Niestety wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia

- 13) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Chorobą,
 - b) pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Niestety wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Niestety wypadku,
 - c) pobyt Małżonka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia, jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. [redacted] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Kiedy [redacted] stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił

do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

4. W czasie karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, [redacted] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Niestety wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3. [redacted]
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stałą w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu jest ~~dziennie świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Małżonka w szpitalu.~~
- ~~Nationale-Nederlanden~~ wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Małżonka do szpitala, a kończy w momencie wypisania Małżonka ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - 1 dzień – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu, oraz za dzień wypisania ze Szpitala,
 - 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
- Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
- W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
- Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, ~~Nationale-Nederlanden~~ wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Małżonka w szpitalu. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie ~~Nationale-Nederlanden~~ następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - karty wypisu ze Szpitala Małżonka,
 - karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

- ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w szpitalu Małżonka były następstwem:
 - działań wojennych lub stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - zdarzenia związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - samookaleczenia Małżonka lub okaleczenie Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - pozostawania przez Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, 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,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) wszelkich Chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - i) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
 - k) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzebranie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Małżonka zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - l) Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
2. ~~.....~~ nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu Małżonka były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym Małżonek uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
3. ~~.....~~ nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. ~~.....~~ nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność ~~.....~~, z zastrzeżeniem Art. 3 ust.4.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

~~..... Towarzystwa Ubezpieczeń~~
~~.....~~
~~.....~~
~~.....~~

~~.....~~
~~.....~~
~~.....~~

Członek Zarządu

~~.....~~
~~.....~~
~~.....~~

Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
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 Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [redacted] kodem SAHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SAHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 8) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku

nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:

- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasa.
4. [redacted] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez [redacted], z zachowaniem zasad określonych w Art. 13 ust.10 Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Małżonka w szpitalu.
3. [redacted] wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, [redacted] wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

7. Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Małżonka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [redacted] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Małżonka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [redacted] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu w szpitalu Małżonka były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, 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
 - f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

Nationale-Nederlanden, [REDAKTED]
[REDAKTED]
[REDAKTED] dnia 14 marca 2023 r.
wchodzą w życie z dniem 28 kwietnia 2023 r.

[REDAKTED]
Członek Zarządu

[REDAKTED]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku SLHB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 5, Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku SLHB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Nati** [redacted] kodem SLHB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SLHB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Trwały uszczerbek na zdrowiu**” – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Małżonka wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego u niej uszczerbek na zdrowiu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku: [redacted].
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w Art. 4 oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Małżonek na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt [redacted] w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Małżonek jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Małżonka i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Małżonek doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez [redacted] stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wskazane jest, aby po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Małżonek w ciągu 7 dni poddał się opiece lekarskiej, a także podjął działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

- a) narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) udziału Małżonka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
- g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, 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) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.

2. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Chorobą zawodową Małżonka.
3. [redacted] ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c), ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd [redacted]
[redacted]
[redacted] 2023 r., wchodzą w życie od dnia 2023 r.

[redacted]

[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]

[redacted]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpiezonego wskutek nieszczęśliwego wypadku AOGBI 7 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku AOCB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez N. [REDACTED] kodem AOCB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem AOCB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia.
- 2) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, w wieku do 18 roku życia, urodzone i żywe w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) **„Przysposobienie Dziecka”** – to dobrowolne, uregulowane prawem przybranie dziecka za swoje, gdzie stosunek pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym jest jak między rodzicami a dziećmi. W tym przysposobienie pełne/pełne nierozwiązywalne (całkowite) potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.
- 4) **„Przedstawiciel ustawowy”** – osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych lub posiadającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych wynika z przepisów prawa.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie Dziecka w następstwie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku [REDACTED] rozpocznie wypłacanie świadczenia ubezpieczeniowego na rzecz każdego Dziecka Ubezpieczonego na zasadach określonych poniżej.
2. Świadczenie będzie wypłacane miesięcznie do czasu ukończenia przez Dziecko 18. roku życia.
3. Wysokość miesięcznego świadczenia, przypadającego na każde Dziecko z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu, z zastrzeżeniem Art. 4 ust.2 w odniesieniu do pierwszego wypłacanego świadczenia.
4. [REDACTED] wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił [REDACTED]

- w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
5. Miesięczne świadczenie nie przysługuje Dziecku, które umyślnie przyczyniło się do Nieszczęśliwego wypadku, w skutek którego śmierć poniósł Ubezpieczony.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez właściwe władze lub lekarza;
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - e) prawomocnego postanowienia sądu opiekuńczego orzekającego przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego – w przypadku, gdy świadczenie ma być wypłacone Dziecku przysposobionemu;
 - f) dokumentu potwierdzającego umocowanie do działania w imieniu Dziecka – w przypadku, gdy zgłoszenia dokonuje Przedstawiciel ustawy Dziecka;
 - g) dokumentu potwierdzającego tożsamość Przedstawiciela ustawowego Dziecka;
 - h) orzeczenia kończącego postępowanie sądowe w sprawie lub innych dokumentów dotyczących postępowania w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone postępowanie;
 - i) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia prawa do wypłaty świadczenia.
2. Wypłata pierwszego świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Przy czym pierwsze świadczenie zostanie wypłacone w wysokości odpowiadającej sumie miesięcznych świadczeń za okres od miesiąca następującego po miesiącu w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego do miesiąca, w którym Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o przyznaniu świadczenia, a kolejne miesięczne świadczenia będą wypłacane każdego 1. dnia miesiąca.
3. Nationale-Nederlanden zaprzestanie wypłacania miesięcznego świadczenia od miesiąca następującego po miesiącu, w którym osierocone Dziecko ukończyło 18. rok życia albo w którym nastąpiła śmierć osieroconego Dziecka.
4. Przedstawiciel ustawy Dziecka jest zobowiązany informować Nationale-Nederlanden o okolicznościach

mających wpływ na wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, tj. :

- a) zgonie Dziecka,
- b) zmianie Przedstawiciela ustawowego umocowania do działania w imieniu Dziecka oraz zarządzania majątkiem Dziecka,
- c) zmianie danych adresowych Dziecka.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

- [REDAKTOWANE]
1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - h) 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.
 2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.

3. [redacted] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted]

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[redacted]
Z [redacted] uchwała nr [redacted] z dnia [redacted] 2019 r.,
wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

[redacted]

[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]

[redacted]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

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. 3, Art. 7, Art. 8
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

[Redacted signature area]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem CCIB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCIB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Dziecko**” – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) „**Poważne zachorowanie**” – schorzenie Dziecka lub procedura medyczna, której poddało się Dziecko.
- 3) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) „**Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów**” – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.

W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

- a) **Grupa I** – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa,
- b) **Grupa II** – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, pneumokoki,
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących Poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

- a) **Nowotwór (guz) złośliwy**: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

- b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu: rozpoznana na podstawie następujących kryteriów**: nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii specjalisty pediatry wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin lub stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
 - konieczność codziennego, przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatry,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrę,

- znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatri jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci dziecka w przypadku, gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci dziecka,
 - konieczność przeciętnie co najmniej trzech hospitalizacji na rok w ciągu ostatnich dwóch lat spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez specjalistę pediatrię,
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF), określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka o tym samym wieku, płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego zaleconego przez specjalistę pediatrię, stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku; wymagane jest potwierdzenie przez leczącego pediatrę optymalnego stosowania się do zaleconego leczenia.
- c) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:** potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- d) **Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu:** zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytek neurologiczny.
- f) **Cukrzyca wymagająca leczenia insuliny:** przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliny jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliny jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza endokrynologa.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- h) **Przeszczep narządu:** przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- i) **Sepsa (sepsis):** zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na przyspieszenie czynności serca, takich jak ból lub działanie leków lub niewytłumaczone innymi przyczynami przyspieszenie czynności serca trwające od 30 minut do 4 godzin; w przypadku dzieci także częstość tętna mieszcząca się w przedziale poniżej 10 percentyla dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na obniżenie czynności serca, w szczególności leków (beta-blokerów) lub wrodzonej wady serca lub niewytłumaczone innymi przyczynami zwolnienie czynności serca trwające ponad 30 minut,
 - temperatura ciała zmierzona w jamie ustnej, odbytnicy lub w dużej żyły powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C,
 - przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków,
 - liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku niewynikająca ze stosowania chemioterapii lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze występujące jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie musi być

potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.

- j) **Inwazyjne zakażenie pneumokokowe:** zakażenie bakteriami *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego [redacted] przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, **inwazyjnego zakażenia pneumokokowego** – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę wymagającej dziedziny,
 - b) w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181. (sto osiemdziesiąty pierwszy) dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.
 4. [redacted] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy [redacted] stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) sepsa,
 - c) inwazyjne zakażenie pneumokokowe,
 - d) cukrzyca wymagająca leczenia insuliną,
 - e) astma,
 - f) łagodny nowotwór mózgu.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w Art. 2 ust.2.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej

w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w Art. 2 ust.2.

4. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony zapewni na wniosek [redacted] Dziecko zostanie poddane obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt [redacted] w autoryzowanych przez [redacted] placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Dziecka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2, Ubezpieczony zapewni, że Dziecko zostanie niezwłocznie poddane opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust.4 oraz ust.6.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust.3.
3. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania lub zabiegu, wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem Poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust.4.
4. Jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Dziecko zmarło w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
6. Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.4.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka:
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka,
 - e) innych dokumentów w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zycząjowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku określonego w Art. 4 ust.1 i 2 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania Poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Dziecka.
7. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,

- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust.3a) oraz Art. 5 ust.6.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[Redacted text]
Zmiana w życie z dnia 1 grudnia 2019 r.

[Redacted signature]

[Redacted name]
Członek Zarządu

[Redacted name]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu CHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
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. 3, Art. 7, Art. 8
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 pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu CHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX kodem CHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. Miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25 roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 6) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania XXXXXXXXXXXX stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 9) **„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 za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 10) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 12) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka

zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia

- 13) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą,
 - b) pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Dziecka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia, jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. [redacted] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Kiedy [redacted] stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, [redacted] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Dziecka w szpitalu.
3. [REDAKTED] wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu trwa co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Dziecka do szpitala, a kończy w momencie wypisania Dziecka ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - b) 1 dzień – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu, oraz za dzień wypisania ze Szpitala,
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Dziecka w szpitalu. [REDAKTED] nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTED] następujących dokumentów
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,

- c) karty wypisu ze Szpitala Dziecka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez [REDAKTED] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu.
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawiania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, który nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - g) udziału Dziecka w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,

- h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko,
 - i) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym dziecko Ubezpieczonego uczestniczyło jako dawca narządów lub tkanek,
 - h) Choroby będące skutkiem spożywania alkoholu,
 - i) wszelkie Choroby psychiczne, Wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem.
2. [REDAKTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 4.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[REDAKTED]
na Zasadniczym Zgromadzeniu z dnia 11 marca 2023 r.,
wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.

[REDAKTED]
[REDAKTED]
Członek Zarządu

[REDAKTED]
[REDAKTED]
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Narzędzie** kodem CAHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CAHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym **Narzędzie** udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 8) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
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 potrącanie 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

rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. [redacted] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez [redacted] z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Dziecka w szpitalu.
3. [redacted] wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu

Umowy dodatkowej [redacted] wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Dziecka w szpitalu. [redacted] nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [redacted] następujących dokumentów
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego oraz Dziecka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Dziecka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) odpisu aktu urodzenia dziecka,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez [redacted] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [redacted] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu dziecka Ubezpiezonego w szpitalu były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania Dziecka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Nationale-Nederlanden~~ kodem CLHB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CLHB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 18. roku życia.
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 dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
3. **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
4. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Dziecka wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
5. **„Uszczerbek na zdrowiu”** – zdarzenie powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku i wskazane

w Załączniku do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka w skutek Nieszczęśliwego wypadku CLHB17.

6. **„Złamanie”** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
7. **„Zwichnięcie”** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Uszczerbek na zdrowiu Dziecka, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Dziecka.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Uszczerbku na zdrowiu, jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w Art. 4.
4. Nationale-Nederlanden ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, które

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17 (OWU)

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

przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez [REDAKTOWANE] placówkach medycznych, w celu określenia, czy Uszczerbek na zdrowiu, którego doznało Dziecko jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.

5. Przy ustalaniu stopnia Uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę Uszczerbków na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Nationale-Nederlanden stanowiącą załącznik do niniejszych Warunków.
6. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Dziecko doznało utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
7. W razie wystąpienia kilku Uszczerbków na zdrowiu w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wartości procentowe Uszczerbków na zdrowiu podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100% Uszczerbku na zdrowiu.
8. Przy orzekaniu Uszczerbku na zdrowiu Dziecka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Dziecko.
9. Wartość przyznanych świadczeń z tytułu kilku Uszczerbków na zdrowiu, które miały miejsce w czasie trwania tego samego roku polisowego i dotyczą tego samego Dziecka nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia. W związku z tym świadczenie z tytułu kolejnego Uszczerbku na zdrowiu tego samego Dziecka nie może być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy wartością Sumy ubezpieczenia, a sumą świadczeń dotychczas wypłaconych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej.
10. Suma ubezpieczenia wskazana w Umowie dodatkowej dotyczy odrębnie każdego Dziecka.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a. wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b. urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c. odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - d. dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Uszczerbku na zdrowiu Dziecka,
 - e. dokumentu potwierdzającego zajęcie i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - f. innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Dziecko powinno niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków Wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez [REDAKTOWANE] zawiadomienia o zajściu zdarzenia

ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało Uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a. działań wojennych, stanu wojennego,
 - b. czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c. zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d. samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e. działania Dziecka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zazywanych na zlecenie Lekarzy w sposób przez niego zalecony,
 - f. udziału Dziecka w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogorskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g. prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, które nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa'
 - h. usiłowania popełnienia czynu zabronionego przepisami prawa lub popełnienia czynu zabronionego z winy umyślnej przez Dziecko.
2. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało Uszczerbku na zdrowiu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni

wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

3. Nie zostanie wypłacone świadczenie jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Dziecko doznało Uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
4. Jeżeli Uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) w stosunku do danego Dziecka, gdy nastąpi wypłata świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie TRM17.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń
z siedzibą w Warszawie, ul. Chałubińskiego 1,
wprowadzone 07/2019 r. w życie 01/2019 r.



Członek Zarządu



Członek Zarządu

Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17

Lista Uszczerbków na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego objętych zakresem ubezpieczenia:

Urazy głowy		%	Rany powłok, ścięgien i mięśni		%
D01	Rany skóry głowy wymagające szycia	2	D27	Rany kończyny górnej wymagające szycia	2
D02	Złamanie kości podstawy czaszki	6	D28	Rany kończyny dolnej wymagające szycia	1
D03	Złamanie kości sklepienia czaszki	6	D29	Rany tułowia wymagające szycia	1
D04	Złamanie kości oczodołu	5	D30	Uszkodzenie jednego lub kilku ścięgien	5
D05	Złamanie kości jarzmowych	5	D31	Uszkodzenie jednego lub kilku mięśni	7
D06	Złamanie kości szczękowych	5	Skrećenia		%
D07	Złamanie żuchw	4	D32	Skrećenie stawu skokowego	2
D08	Złamanie kości nosa	4	D33	Skrećenie stawu kolanowego	3
D09	Złamanie przegrody nosa	3	D34	Skrećenie kręgosłupa szyjnego	5
D10	Wstrząśnienie mózgu	8	D35	Skrećenie kręgosłupa piersiowego	5
D11	Stłuczenie mózgu	40	D36	Skrećenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	5
D12	Krwiaki wewnątrzczaszkowe	60	Zwichnięcia		%
D13	Rany powiek wymagające szycia	3	D37	Zwichnięcie stawu ramiennego	6
D14	Rany spojówek	2	D38	Zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego	6
D15	Erozja rogówki	4	D39	Zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego	6
D16	Uszkodzenie kanałika łzowego	7	D40	Zwichnięcie stawu łokciowego	5
D17	Zranienie gałki ocznej z perforacją	25	D41	Zwichnięcie nadgarstka	3
D18	Rany twarzy wymagające szycia	3	D42	Zwichnięcie stawu biodrowego	6
D19	Rany szyi wymagające szycia	3	D43	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
D20	Rany ucha wymagające szycia	3	D44	Zwichnięcie stawu skokowego	3
D21	Rany wargi wymagające szycia	3	Złamania		%
D22	Rany języka wymagające szycia	3	D45	Złamanie kręgosłupa – trzonu lub łuku kręgowego – jednego kręgu	5
D23	Utrata zęba stałego	1	D46	Złamanie kręgosłupa – wyrostków poprzecznych, stawowych, kolczystych -jednego kręgu	3
D24	Uszkodzenie błony bębenkowej	5	D47	Złamanie obojczyka	5
Ciała obce		%	D48	Złamanie mostka	4
D25	Ciało obce w drogach oddechowych wymagające usunięcia	8			
D26	Ciało obce w przetyku wymagające usunięcia	8			

D49	Złamanie jednego żebra	2
D50	Złamanie łopatki	8
D51	Złamanie kości ramiennej	10
D52	Złamanie kości łokciowej	8
D53	Złamanie kości promieniowej	8
D54	Złamanie jednej lub kilku kości nadgarstka	5
D55	Złamanie jednej lub kilku kości śródreżca	3
D56	Złamanie jednego palca – środkowy, serdeczny, mały	2
D57	Złamanie kciuka	3
D58	Złamanie wskaziciela	2
D59	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej) – z przerwaniem ciągłości obręczy	20
D60	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej) bez przerwania ciągłości obręczy	10
D61	Złamanie kości guzicznej	4
D62	Złamanie kości udowej	12
D63	Złamanie kości piszczelowej	10
D64	Złamanie strzałki	3
D65	Złamanie kości piętowej	5
D66	Złamanie kości skokowej	5
D67	Złamanie jednej lub kilku innych kości stępu (łódkowatej, sześcienniej lub klinowatych)	4
D68	Złamanie jednej lub kilku kości śródstopia	4
D69	Złamanie palucha	2
D70	Złamanie jednego lub kilku palców stopy (od drugiego do piątego)	2

Urazy narządów %

D71	Uszkodzenie gardła	8
D72	Uszkodzenie przełyku	20
D73	Uszkodzenie żołądka	15
D74	Uszkodzenie dwunastnicy	15
D75	Uszkodzenie jelita lub krezki jelita	15
D76	Uszkodzenie sieci	15
D77	Uszkodzenie krtani	12
D78	Uszkodzenie tchawicy	12
D79	Uszkodzenie opłucnej, odma opłucnowa	12
D80	Uszkodzenie płuca	15
D81	Uszkodzenie serca	40
D82	Uszkodzenie przepony	15
D83	Uszkodzenie wątroby	15

D84	Uszkodzenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych	15
D85	Uszkodzenie trzustki	15
D86	Uszkodzenie śledziony	10
D87	Uszkodzenie odbytnicy lub odbytu	10
D88	Uszkodzenie nerek	15
D89	Uszkodzenie krocza, narządów płciowych	8
D90	Uszkodzenie pęcherza	8
D91	Uszkodzenie moczowodów lub cewki moczowej	8

Oparzenia %

D92	Oparzenia – II stopnia obejmujące <2 % powierzchni ciała	2
D93	Oparzenia – II stopnia obejmujące 2 – 10 % powierzchni ciała	4
D94	Oparzenia –II stopnia obejmujące 11 -15 % i III stopnia obejmujące < 5 % powierzchni ciała	10
D95	Oparzenia –II stopnia obejmujące 16-25 % powierzchni ciała oraz III stopnia obejmujące 5- 10 %,wszystkie oparzenia obejmujące twarz, ręce, oczy, uszy, stopy i krocze	20
D96	Oparzenia –II stopnia obejmujące > 25 % powierzchni ciała oraz III stopnia obejmujące > 10 % powierzchni ciała	40

Odmrożenia %

D97	Odmrożenia w stopniu II lub wyższym obejmujące jeden palec ręki lub jeden palec stopy	1,5
D98	Odmrożenia w stopniu II lub wyższym obejmujące więcej niż jeden palec ręki lub jeden palec stopy	4
D99	Odmrożenia w stopniu II lub wyższym obejmujące nos lub ucho	4

