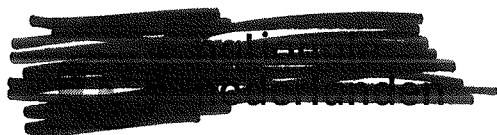


Razem dla siebie

Ogólne warunki ubezpieczenia
OWU/TRM17/1/2023



Spis treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/1/2023	6	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu HDB17	84
Umowy dodatkowe dotyczące życia i zdrowia Ubezpieczonego		Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17	89
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17	18	Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych Do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17	95
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17	21	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB17	111
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT17.....	24	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku AHDB17	116
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17	27	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB17.....	120
Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB17	30	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB17.....	124
Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17.....	34	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_A+	128
Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych do ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17.....	39	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_2A+	133
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny MTH17.....	60	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A	138
Załącznik: Zakres Świadczeń medycznych.....	63	Załącznik – Procedury medyczne do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_A+, Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A oraz Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_2A+	141
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy DIA17	65		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17	69		
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D	79		

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego STB17	152	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela 3 TPDT17	213
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17.....	156	Umowy dodatkowe dotyczące życia i zdrowia rodziny Ubezpieczonego	
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB17	160	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego FCR17	217
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17	164	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB17	222
Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych Do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17.....	169	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu SHSDR17	225
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR17	183	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR17	229
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR17+.....	187	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT17	232
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB17	191	Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB17	235
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR17	195	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB17	239
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB17	198	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB17_D	249
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW17	202	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu SHDB17	254
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17.....	206	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB17	259
Ogólne warunki Umowy dodatkowej – „Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy IPB17	210	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku SLHB17	263
		Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej miesięcznej wypłaty z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku AOCB17.....	267

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB17	271
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu CHDB17	277
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB17	282
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17	286
Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku CLHB17	289

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/1/2023

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTION] S.A.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” nr OWU/TRM17/1/2023 (dalej: Warunki), w Polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „Należnik” – [REDAKTION]
- 2) „Ubezpieczający” – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Nationale-Nederlanden i która zobowiązała się do opłacania Składki całkowitej.
- 3) „Ubezpieczony” – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy głównej.
- 4) „Współubezpieczony” – Małżonek, Partner, pełnoletnie Dziecko, przystępujący obok Ubezpieczonego do Ubezpieczenia. Postanowienia Warunków dotyczące Ubezpieczonego stosuje się do Współubezpieczonego.
- 5) „Małżonek” – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) „Dziecko” – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego.
- 7) „Partner” – osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w zgłoszeniu do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Jeśli Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, nie może wskazać do ubezpieczenia Partnera.
- 8) „Uposażony” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 9) „Właściciel” – osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą, jako Ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym.
- 10) „Ubezpieczenie” – Grupowe ubezpieczenie na życie TRM17, do którego stosuje się Warunki.
- 11) „Umowa główna” – ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego.
- 12) „Umowa dodatkowa” – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 13) „Umowa ubezpieczenia” – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
- 14) „Polisa” – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 15) „Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu” – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiany przez Nationale-Nederlanden imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 16) „Podgrupa” – grupa Ubezpieczonych spełniających kryteria określone w Polisie, dla których Składka podstawowa, Suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
- 17) „Karencja” – okres liczony od określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym [REDAKTION] nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego albo ponosi odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 18) „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 przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia.
- 19) „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.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Razem dla siebie” – TRM17/1/2023 (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. 3, Art. 10, Art. 17 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia. | Art. 6, Art. 7, Art. 9, Art. 11, Art. 18, Art. 20, Art. 22, Art. 23 |
| 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 |

- 20) „Choroba psychiczna” – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10).
- 21) „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.
- 22) „Rok polisowy” – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami Polisy.
- 23) „Rocznica polisy” – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności, chyba że strony postanowią o jej przesunięciu.
- 24) „Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez [REDAKTOWANO] Składki podstawowej.
- 25) „Suma ubezpieczenia” – kwota określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 26) „Składka podstawowa” – składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należąca do jednego Ubezpieczonego przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Nationale-Nederlanden.
- 27) „Składka całkowita” – suma Składek podstawowych, należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej.
- 28) „Świadczenie” – kwota wypłacona przez [REDAKTOWANO] w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 29) „Reklamacja” – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
- 30) „Limit automatycznej akceptacji” – wskazana w Polisie maksymalna wysokość Sumy ubezpieczenia dla Umowy głównej i Umów dodatkowych, na którą [REDAKTOWANO] może udzielić ochrony ubezpieczeniowej na czas weryfikacji medycznej.
- 31) „Dzień wymagalności składki” – pierwszy dzień okresu, za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należąca jest Składka całkowita.
- 32) „Okres rozliczeniowy” – okres pomiędzy następującymi po sobie Dniami wymagalności składki.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczenia objęte jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Jak zawrzeć i przedłużyć Umowę ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą osób, które przystąpiły do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku niestandardowego ryzyka ubezpieczeniowego, [REDAKTOWANO] w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
5. Umowa ubezpieczenia będzie automatycznie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem ust.6-7.
6. [REDAKTOWANO] w terminie nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy może zaproponować przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres albo odmówić jej przedłużenia. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia nastąpi o ile Ubezpieczający opłaci Składkę całkowitą w wysokości i terminie wskazanym przez [REDAKTOWANO] w propozycji przedłużenia umowy. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia w tym trybie może nastąpić jedynie wtedy, gdy warunki Umowy ubezpieczenia nie ulegają zmianie albo wtedy, gdy zmienia się wysokość Składki całkowitej, przy czym zmiana wysokości Składki całkowitej może wynikać wyłącznie ze zmiany poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego Umowy ubezpieczenia.
7. W sytuacjach innych niż opisane w ust.6, w szczególności, gdy zmianie ma ulec zakres Umowy ubezpieczenia, bądź Sumy ubezpieczenia, przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie porozumienia z Ubezpieczającym.
8. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z datą zawarcia Umowy głównej lub w przypadku kontynuowania ochrony w każdą kolejną Rocznicę polisy. Przystąpienie do Umowy dodatkowej możliwe jest wyłącznie w przypadku przystąpienia do Umowy głównej.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą [REDAKTOWANO], Ubezpieczeni mogą być podzieleni na Podgrupy.
10. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta pod warunkiem, że ani Ubezpieczający, ani Ubezpieczony nie znajduje się na jakiegokolwiek liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych ([REDAKTOWANO]). W przypadku zidentyfikowania, że Ubezpieczający lub Ubezpieczony znajduje się na liście sankcyjnej, [REDAKTOWANO] poinformuje w ciągu 10 dni od wystawienia Polisy o tym, że umowa nie została zawarta, a wystawiona Polisa jest nieważna. W przypadku, gdy ani

Ubezpieczający, ani Ubezpieczony nie występuje na listach sankcyjnych Umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia wystawienia Polisy.

11. Dyspozycje Ubezpieczającego dotyczące zmiany Ubezpieczającego lub objęcia ochroną ubezpieczeniową nowego Ubezpieczonego realizowane są pod warunkiem, że ani nowy Ubezpieczający, ani nowy Ubezpieczony nie znajdują się na listach sankcyjnych. W przypadku zidentyfikowania, że nowy Ubezpieczający lub nowy Ubezpieczony znajdują się na liście sankcyjnej, ~~Nationale-Nederlanden~~ formuje w ciągu 10 dni od dnia zrealizowania dyspozycji Ubezpieczającego o braku jej skuteczności.

Art. 4 Czy można zmienić Umowę ubezpieczenia

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia w przypadkach innych niż wskazane w art. 3 ust.5, 6:
 - a) wymaga uzgodnień pomiędzy Stronami,
 - b) wymaga dla swej skuteczności uprzedniej zgody Ubezpieczonego, jeśli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie lub jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego Ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania na piśmie lub jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. Ubezpieczający poprzez opłacenie składki na kolejny Rok polisowy potwierdza, iż uzyskał zgody Ubezpieczonych na zmianę Umowy ubezpieczenia oraz doręczył Ubezpieczonym nowe warunki.
5. Na 45 dni przed każdą Rocznicą polisy ubezpieczenia, Ubezpieczający może poprzez złożenie wniosku, po wyrażeniu zgody przez ~~Nationale-Nederlanden~~ zmienić warunki Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.

Art. 5 W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki całkowitej za okres, w którym ~~Nationale-Nederlanden~~ udzieliło ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 6 Jak rozwiązać Umowę ubezpieczenia

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem Okresu rozliczeniowego, pod warunkiem doręczenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy nie później niż na 14 dni przed końcem Okresu rozliczeniowego. W innym przypadku Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem kolejnego Okresu rozliczeniowego.
3. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki całkowitej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego lub w formie dokumentowej wniosku o zawieszenie opłacania Składki całkowitej w terminie 30 dni od Dnia wymagalności Składki, Umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który opłacono Składkę całkowitą.
4. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej lub z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w Warunkach.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej lub dokumentowej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
6. ~~Nationale-Nederlanden~~ może wypowiedzieć Umowę dodatkową, która nie jest Umową ubezpieczenia na życie, wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków Umowy dodatkowej ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie Nationale-Nederlanden o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego Okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego Okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem Okresu rozliczeniowego następującego po Okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 7 Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w przypadku:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego,
 - b) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,

albo datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu przez Ubezpieczonego.

4. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go [redacted] za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia wymaga akceptacji [redacted]. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, [redacted] ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
6. [redacted] w ramach akceptacji zgłoszenia przystąpienia danej osoby do ubezpieczenia, może wymagać od niej doręczenia określonych dodatkowych dokumentów dotyczących jej stanu zdrowia lub poddanie się przez nią badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt [redacted] w autoryzowanych placówkach medycznych.
7. W przypadku, kiedy Suma ubezpieczenia na Umowie głównej przekracza Limit automatycznej akceptacji, na czas prowadzonej weryfikacji medycznej, Ubezpieczonemu przysługuje Suma ubezpieczenia w wysokości Limitu automatycznej akceptacji dla Umowy głównej. W przypadku Umów dodatkowych Sumy ubezpieczenia będą nie wyższe niż wartość Limitu automatycznej akceptacji. Po zakończeniu weryfikacji medycznej, Nationale-Nederlanden pisemnie lub w formie dokumentowej poinformuje Ubezpieczonego o ostatecznych wysokościach Sum ubezpieczenia i składkach. Zmiany w zakresie Ubezpieczenia zostaną wprowadzone od najbliższego Okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu przez Ubezpieczonego akceptacji przedstawionej propozycji ostatecznych wysokości Sum ubezpieczenia.
8. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego Okresu rozliczeniowego, za który opłacono Składkę podstawową za Ubezpieczonego.
9. [redacted] potwierdza objęcie Ubezpieczonego ubezpieczeniem przez wystawienie Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
10. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem jednej Podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności do Podgrupy możliwe jest jedynie w Rocznicę polisy.

Art. 11 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję

1. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia 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 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 [redacted] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 12 Jakie są obowiązki po stronie [redacted]

1. W razie śmierci Ubezpieczonego [redacted] wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. [redacted] osoby przez towarzystwo zatrudnione oraz podmioty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz [redacted] są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z Umową ubezpieczenia. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych osoby, która przekazała zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i nie została objęta Ubezpieczeniem.
3. [redacted] jest zobowiązane przekazać Ubezpieczającemu na piśmie lub na innym trwałym nośniku jeśli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, informacje w zakresie zmiany Warunków lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń.
4. [redacted] jest zobowiązane na piśmie lub jeśli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. [redacted] informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
5. [redacted] na żądanie Ubezpieczonego jest zobowiązane do przekazania informacji określonych w ust.3 i 4. W przypadku nieprzekazania wymaganych informacji zmiana warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia i Sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.

Art. 13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do terminowej i prawidłowej zapłaty składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązuje się do doręczenia Ubezpieczonemu Warunków przed podpisaniem

- d) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym,
 - e) ukończenia przez Ubezpiezonego 75. roku życia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, która jest objęta Współubezpieczeniem, wygasa w przypadku:
- a) wygaśnięcia ochrony w stosunku do Ubezpiezonego, obok którego Współubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia,
 - b) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Współubezpiezonego,
 - c) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - d) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,
 - e) zaprzestania spełniania kryteriów kwalifikujących Współubezpiezonego do rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonych przez Ubezpieczającego lub Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteriów kwalifikujących do przynależności do Podgrupy,
 - f) ukończenia przez Współubezpiezonego 75. roku życia.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej następuje z pierwszym dniem Okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust.1 pkt a) – d) oraz w ust.2 pkt. a) – e) powyżej.
4. Jeśli Ubezpieczony ukończył 75 lat, to za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej Rocznicę polisy następującej po dniu ukończeniu 75. roku życia.

Art. 8 Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, na warunkach zaproponowanych przez Nationale-Nederlanden, w sytuacji kiedy ochrona z tytułu obecnej Umowy ubezpieczenia wygasła z powodu:
 - a) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym,
 - b) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) był objęty ochroną przez nieprzerwany okres co najmniej 6 miesięcy w ramach grupowego ubezpieczenia na życie u Ubezpieczającego. Dotyczy również programów grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonujących u Ubezpieczającego bezpośrednio przed Umową ubezpieczenia;
 - b) złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpiezonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpiezonego.

Art. 9 Rozpoczęcie i zakończenie odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej Składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż od dnia określonego w Polisie, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności i obejmuje okres jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
2. Dzień rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umów dodatkowych wskazany jest w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
3. Przedłużenie odpowiedzialności na kolejny Rok polisowy następuje zgodnie z art. 3.
4. W przypadku braku opłacenia Składki całkowitej w nowej zaproponowanej przez Ubezpieczającego wysokości lub opłacenia Składki całkowitej w wysokości niższej od zaproponowanej, Umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa.
5. Odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej kończy się z dniem jej wygaśnięcia, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.

Art. 10 Kto i w jaki sposób może przystąpić do ubezpieczenia

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ma ukończone 15 lat i nieukończone 75 lat,
 - b) jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub pozostaje z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Nationale-Nederlanden lub sama jest Właścicielem,
 - c) spełnia inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do Podgrupy.
2. Wraz z Ubezpieczonymi, którzy spełnili kryteria wskazane w ust.1, do ubezpieczenia mogą przystąpić także Współubezpieczeni, którzy mają:
 - a) ukończone 15 lat w przypadku Partnera i Małżonka, 18 lat w przypadku Dziecka i nieukończone 75 lat,
 - b) spełniają inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do Podgrupy.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu dla Współubezpiezonego rozumie się późniejszą z dat, odpowiednio:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Partnera –

- deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i udostępniania Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków w trakcie trwania Umowy oraz do informowania o wszelkich zmianach w Warunkach lub prawie właściwym dla zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, jeżeli wysokość ta ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia oraz o zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust.3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
 5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o ile strony tak uzgodniły.
 6. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani poinformować [REDAKTION] o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania [REDAKTION]. Naruszenie tego obowiązku [REDAKTION] z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
 7. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować [REDAKTION] o liczbie osób uprawnionych do ubezpieczenia zgodnie z kryterium uprawnienia, o które [REDAKTION] pyta we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. [REDAKTION] zastrzega sobie możliwość zmiany Składki podstawowej w przypadku, gdy informacje podane przez Ubezpieczającego okażą się niezgodne ze stanem faktycznym.
 8. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego przekazać [REDAKTION] pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób w stosunku, do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa oraz osób, w stosunku do których obowiązek opłacania Składki podstawowej ulega zawieszeniu, w formie pisemnej, dokumentowej lub za pośrednictwem portalu internetowego udostępnionego przez [REDAKTION].
 9. [REDAKTION] ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym Okresie rozliczeniowym osoby, o której przystąpieniu do ubezpieczenia zostało poinformowane niezgodnie z zasadami określonymi w ust.8 powyżej, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
 10. Informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać [REDAKTION] najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego Roku polisowego. Oświadczenie Nationale-Nederlanden o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy.
 11. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach [REDAKTION] pod warunkiem dostarczenia tych formularzy przez [REDAKTION].
 12. Na wniosek [REDAKTION] Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt [REDAKTION]. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez [REDAKTION] może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
 13. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy.
- #### Art. 14 Suma ubezpieczenia
1. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez [REDAKTION].
 2. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.
 3. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy.
- #### Art. 15 Wysokość Składki podstawowej
1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności [REDAKTION] (Rok polisowy). Wysokość Składki podstawowej obowiązującej w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez [REDAKTION] przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust.2-3, z zastrzeżeniem ust.5 i 6.
 2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej.
 3. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez [REDAKTION] przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art.17 ust.2 i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) stopnia ryzyka wynikającego z dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia,
 - h) wykonywanego zawodu.
 4. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez [REDAKTION] w związku z oferowaniem umów grupowego ubezpieczenia na życie lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka

ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust.2-3.

5. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka podstawowa jest ustalona niezależnie od postanowień ust.2-4, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Nationale-Nederlanden Ubezpieczającego. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
6. Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.
7. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.
8. Nationale-Nederlanden zwraca Ubezpieczającemu odpowiednią część Składki podstawowej za okres, w którym nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej w związku z jej wcześniejszym ustaniem.

Art. 16 Wysokość Składki całkowitej

1. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie,
 - b) kwartalnie,
 - c) raz na pół roku,
 - d) raz na rok.
2. W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny, Nationale-Nederlanden może udzielić odpowiadających bonifikat.
3. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, która może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego.
4. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest określona w Polisie.
5. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy Okres rozliczeniowy najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Nationale-Nederlanden kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.
6. Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy Okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w Art. 13 ust.8, z zastrzeżeniem ust.8 poniżej.
7. W razie niedoręczenia Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego Okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w Art. 13 ust.8, Nationale-Nederlanden oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Nationale-Nederlanden informacji.
8. Nationale-Nederlanden oblicza wysokość Składki całkowitej oraz, o ile nie uzgodniono inaczej w Umowie ubezpieczenia, wystawia/udostępnia Ubezpieczającemu drogą elektroniczną dokument uwzględniający wysokość składki najpóźniej pierwszego dnia roboczego kolejnego Okresu

rozliczeniowego. Ubezpieczający jest zobowiązany do wskazania oraz bieżącej aktualizacji danych dotyczących osoby kontaktowej oraz adresu poczty elektronicznej przeznaczonych do przekazywania wyżej opisanego dokumentu księgowego.

Art. 17 W jaki sposób można dokonać zmiany wysokości składki

1. W przypadku kontynuowania Umowy ubezpieczenia w każdą Rocznicę polisy wysokość Składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaoferowania, w związku ze zmianą stawek ubezpieczeniowych i oceny ryzyka, przez Nationale-Nederlanden składki w nowej wysokości na kolejny Rok polisowy, a także opłacenia składki przez Ubezpieczającego w nowej, zaproponowanej wysokości lub zaakceptowania przez Nationale-Nederlanden zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego.
2. W przypadku zmiany w trakcie Roku polisowego struktury Ubezpieczonych („struktura”), w tym zmiany liczby ubezpieczonych pracowników w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej co najmniej o 20%, Nationale-Nederlanden ma prawo do ponownego określenia wysokości Składki podstawowej. Przy ocenie stopnia zmian struktury Nationale-Nederlanden uwzględni również Ubezpieczonych, z których opłacanie Składki podstawowej zostało zawieszono oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.
3. W przypadku, o którym mowa w ust.2, nowa wysokość Składki podstawowej obowiązuje od najbliższego Okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości Składki podstawowej, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji i opłaci nową składkę.

Art. 18 Kiedy można zawiesić opłacanie składki

1. W przypadku kontynuowania Umowy ubezpieczenia począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Nationale-Nederlanden, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku na 7 dni przed początkiem kolejnego Okresu rozliczeniowego. Zawieszenie opłacania Składek podstawowych oznacza zawieszenie opłacania Składek całkowitych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust.1, musi zawierać wskazanie Okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania składki.
3. W okresie zawieszenia opłacania składki Nationale-Nederlanden nie będzie udzielało ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego Składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Narzędzie~~ kodem HSDR17.

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 Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSDR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„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.
- 2) **„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,

- jakichkolwiek 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 Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną był Zawał serca lub Udar mózgu, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu w ciągu 30 dni od diagnozy.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy ~~Narzędzie~~ 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 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.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR17 (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 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

udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, [REDAKTOWANE] tali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.

3. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym zgodnie z zasadą, o której mowa w ust.2.
4. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust.3, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) rodzice,
 - d) rodzeństwo,
 - e) dzieci rodzeństwa.
5. Otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego wymienionych w ust.4 zaliczonych do wyższej kategorii, wyklucza otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego zaliczonych do niższej kategorii (kategoria „a” – najwyższa). Członkowie rodziny Ubezpieczonego zaliczani do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach. Świadczenie nie przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
6. W przypadku braku osób wymienionych w ust.4 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego w drodze pisemnego oświadczenia złożonego Nationale-Nederlanden. Zmiana Uposażonego staje się skuteczna z dniem otrzymania tego oświadczenia przez [REDAKTOWANE]

Art. 21 Jakie są terminy i warunki wypłaty świadczeń

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach,
 - d) 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. Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, o których mowa w ust.1 oraz wskazane w Umowach dodatkowych, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą [REDAKTOWANE] lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Nationale-Nederlanden nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
3. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia [REDAKTOWANE] o zdarzeniu wskazanym w Art. 2 ust.2. 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.
4. Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.

Art. 22 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności.
2. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była spowodowana lub zaszła w 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.
3. [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego po Dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia Składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni

4. Opłacanie Składki całkowitej może być zawieszona na nie więcej niż jeden rok.
5. Wznowienie opłacania Składki podstawowej lub Składki całkowitej nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust.1.
6. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, począwszy od najbliższego Okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez [REDAKTOWANE].
7. W przypadku, gdy okres zawieszenia opłacania składki przekracza 6 miesięcy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu:
 - a) Umowy głównej dotyczącej śmierci ubezpieczonego,
 - b) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod HSDR17),
 - c) Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod LHSD17),
 - d) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka (kod DSB17),
 - e) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka (kod DPB17),
 - f) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Dziecka (kod DCB17),
 - g) Umowy dodatkowej dotyczącej narodzin martwego Dziecka (kod SBB17),
 - h) Umowy dodatkowej dotyczącej osierocenia Dziecka (kod OCB17),
 - i) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego (kod CIB17_A, CIB17_B oraz CIB17_C),
 - j) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne (kod CIB17_D),
 - k) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka (kod SCIB17_A, SCIB17_B oraz SCIB17_C),
 - l) Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka (kod CCIB17),
 - m) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu (kod HDB17),
 - n) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym (kod HDBH17),
 - o) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (kod HSHDB17),
 - p) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu (kod SHDB17),
 - r) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu (kod CHDB17),
 - s) Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego (kod MSR17_A, MSR17_A+ oraz MSR17_2A+),
 - t) Umowy dodatkowej dotyczącej diagnozy cukrzycy lub powikłania cukrzycy (DIA17),
 - u) Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia

psychicznego ubezpieczonego i jego rodziny (MTH17_A, MTH17_B) w zakresie zdarzeń:

- Depresja i Zaburzenia lękowe (nerwica),
- v) Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod SHSDR17)

o ile Umowa ubezpieczenia zawiera te Umowy dodatkowe, zostanie przywrócona po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego. W tym czasie Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem wymienionych Umów dodatkowych wyłącznie, jeżeli zaszły one wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

8. W przypadku Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka (kod BCB) ochrona ubezpieczeniowa po zawieszeniu opłacania składki zostanie wznowiona po upływie 9 miesięcy od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego.
9. W przypadku Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego (kod CCB17) oraz umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego z diagnostyką (kod CCBH17), jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór zajdzie przed upływem 180 dni od dnia pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego po zawieszeniu ochrony [REDAKTOWANE] wypłaci świadczenie w wysokości sumy Składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową (kod CCB17 lub CCBH17), opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia po przywróceniu ochrony ubezpieczeniowej.
10. Zapisy, o których mowa w ust.7-9 niniejszego artykułu, nie mają zastosowania dla Umów ubezpieczenia zawartych na rzecz więcej niż 20 Ubezpieczonych.

Świadczenia [REDAKTOWANE] z tytułu Umowy ubezpieczenia

Art. 19 Śmierć Ubezpieczonego [REDAKTOWANE]

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej [REDAKTOWANE] wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego. Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Nationale-Nederlanden.

Art. 20 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia

1. Świadczenie jest wypłacane Uposażonemu na jego pisemny wniosek.
2. Jeżeli Ubezpieczony wyznaczył więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania

wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTOWANE] b w okresie zawieszenia opłacania składki [REDAKTOWANE] nie wypłaci świadczenia.

Art. 23 Czy [REDAKTOWANE] może odmówić wypłaty świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia

1. [REDAKTOWANE] nie dokona wypłaty świadczeń (w tym świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, świadczeń z tytułu Umów dodatkowych), które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - b) osoby zamieszkałej w krajach o nie akceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d).
 - f) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeladowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
2. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane wyżej organizacje.
3. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 24 Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy mają prawo złożyć Reklamację.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - a) elektronicznie – za pomocą formularza, który jest dostępny na naszej stronie internetowej www.nn.pl;

- b) pisemnie – osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie lub listownie na nasz adres [ul. \[REDAKTOWANE\]](mailto:ul. [REDAKTOWANE])
 - c) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu [991 \[REDAKTOWANE\]](tel:991 [REDAKTOWANE]) albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie.
3. Odpowiedzi na reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
 - a) jakie są przyczyny opóźnienia;
 - b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę;
 - c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od otrzymania reklamacji.
 5. Odpowiemy na reklamację na piśmie. Odpowiedź prześlemy listownie na wskazany adres osoby, która ją składała.
 6. Na wniosek osoby, która składała reklamację, odpowiedź na nią wyślemy elektronicznie na podany przez tę osobę adres e-mail [\[REDAKTOWANE\]](mailto:[REDAKTOWANE]).

Art. 25 Podatki

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia reguluje ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazuje się w Polisie.
2. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają [REDAKTOWANE].

Art. 26 System monetarny

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

Art. 27 Prawo właściwe

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 28 Przekazywanie korespondencji

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do [REDAKTOWANE], z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w Warunkach, powinny być przekazywane do siedziby [REDAKTOWANE] w formie pisemnej, a w przypadku uzgodnienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia i [REDAKTOWANE] innej formy komunikacji – w takiej uzgodnionej formie,

niezależnie od pozostałych postanowień Warunków. Komunikacja Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia w zakresie Reklamacji odbywa się w formach określonych w paragrafie dotyczący Reklamacji.

2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Nationale-Nederlanden w związku z Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Art. 24 ust.6, będą dokonywane w formie uzgodnionej przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną z Umowy ubezpieczenia i Nationale-Nederlanden albo w innej formie, w szczególności pisemnej, o ile taka forma wynika to z obowiązujących przepisów prawa. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysyłane przez Nationale-Nederlanden w formie pisemnej są kierowane na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 29 Rozstrzygnięcie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Umową ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. [redacted] podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby [redacted].

Art. 30 Pozostałe postanowienia

Umowa ubezpieczenia może regulować prawa

[redacted] i [redacted] Nationale-Nederlanden, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 31 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez [redacted] Towarzystwo Ubezpieczeń [redacted] S.A. uchwałą [redacted] z dnia 14 marca 2023 r., wchodzi w życie 28 kwietnia 2023 r.

[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]
Członek Zarządu

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

- Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
- Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności [redacted]

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [redacted] następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana,
 - pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - 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 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.

Art. 6 Wylączenia odpowiedzialności

- [redacted] 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:
 - działania wojennych, stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego 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,
 - udziału Ubezpieczonego 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.
- [redacted] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, 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 zawał serca lub udar mózgu, 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.
 - Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał lub Udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted]

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

[redacted] Złote Życie S.A. uchwalon

[redacted]

[redacted]

Michał Huciel
Członek Zarządu

[redacted]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17 (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 ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ADR17.

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 Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

„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 pochylenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć 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.

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązuje w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci

Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.

2. ~~Nationale-Nederlanden~~ 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 w okresie odpowiedzialności ~~Nationale-Nederlanden~~.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie ~~Nationale-Nederlanden~~ następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - 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 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. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

- [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach [redacted], aktach terroryzmu,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności, [redacted]
 - 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,
 - 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,
 - usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - 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.
- [redacted] 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.
- [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:

- wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- 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] na [redacted] 20 listopada 2019 r., w [redacted] 2019 r.

[redacted]
[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]
[redacted]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT17 (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 ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** kodem ADT17.

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 Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADT17 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 pochylenia
2. **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony 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.
3. **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statekami wodnymi w rozumieniu niniejszych Warunków są także prom, wodolot i poduszkiwiec.
4. **„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 Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, 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 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. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
2. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego 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 Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w czasie, w którym **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** działało ochroną ubezpieczeniową.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,

- c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego.
 - 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 14 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. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny 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 bezpośrednio 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) 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,
 - g) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - h) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego

- na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) udziału Ubezpieczonego 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.
2. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, 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 wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. [REDAKTOWANE] nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTOWANE]

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

[REDAKTOWANE] wchodzi w życie z dniem [REDAKTOWANE] 9 r.

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]
Członek Zarządu

[REDAKTOWANE]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17 (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

[Redacted text]

[Redacted text]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Narzędzia i Maszynoznawstwo** kodem WADR17.

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 Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WADR17 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 przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
2. „**Wypadek przy pracy**” – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony, w ramach łączącego Ubezpieczonego z jego Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy, 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 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. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku przy pracy będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.
2. **Narzędzia i Maszynoznawstwo** wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy 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, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności **Narzędzia i Maszynoznawstwo**.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie **Narzędzia i Maszynoznawstwo** następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej.

- d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu Art. 1 pkt 2 Warunków,
 - 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 14 dni po otrzymaniu przez [redacted] 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. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, 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) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez Pracodawcę,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 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) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) 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, i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,

- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wypadek przy pracy, 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 Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted]
4. Za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do lub z pracy.

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 dnia 6 kwietnia 2019 r. w Warszawie
Wzrostowy Zycie, od dnia 1 grudnia 2019 r.

[redacted]
[redacted]
Członek Zarządu Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Nationale-Nederlanden** kodem CCB17.

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 Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„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.
- 2) **„Nowotwór”** – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ) lub Nowotwór łagodny.
- 3) **„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.
- 4) **„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.
- 5) **„Nowotwór łagodny”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej 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.

- 6) **„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 Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego 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 NOMO
 - g) Czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A
 - h) Rak brodawkowaty 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 Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia Diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek **Nationale-Nederlanden** Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB17 (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

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 ma obowiązek niezwłocznie poddać się 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) 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,
 - d) 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 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 [REDAKTOWANE]
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] wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1, 2 lub 3 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

Nadzwyczajnego Nadzwyczajnego Zgromadzenia Ubezpieczonych na Zgromadzeniu Nadzwyczajnym Zarządu z dnia 2019 r., wchodzi w życie z dniem 2019 r.


Członek Zarządu


Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Narodowe Centrum Chorób~~ z kodem CCBH17.

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 Ubezpieczonego z diagnostyką (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCBH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„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.
- 2) **„Nowotwór”** – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ) lub Nowotwór łagodny.
- 3) **„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.
- 4) **„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.
- 5) **„Nowotwór łagodny”** – nowotwór zbudowany z tkanki zróżnicowanej 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.
- 6) **„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.
- 7) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych”** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. a).
- 8) **„Katalog Świadczeń medycznych”** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Warunkach w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. a);
- 9) **„Konsultant medyczny”** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego;
- 10) **„Płacówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **„Program zdrowotny”** – zakres Usług medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący wykluczeniu lub zdiagnozowaniu Choroby nowotworowej u Ubezpieczonego. Zakres Usług medycznych dotyczy tylko procesu diagnostycznego;
- 12) **„Usługa medyczna”** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, wykonane w celu wykluczenia lub zdiagnozowania choroby nowotworowej, pozwalające na rozpoczęcie prawidłowego leczenia onkologicznego w jak najkrótszym czasie.
- 13) **„Choroba nowotworowa”** – niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych czynnościowo komórek z naciekaniami zdrowych tkanek, charakteryzujący się atypią, wysokim indeksem mitotycznym, naciekaniami tkanek otaczających, daniem wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17 (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 Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3, Art. 6, Art. 7, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
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

- 14) „Świadczenie medyczne” – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach ustalonego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej Usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia Świadczeń medycznych;
- 15) „Centrum Świadczeń medycznych” – [redacted] przy [redacted] przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
- 16) „Portal Ubezpieczonego” – aplikacja za pośrednictwem której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie usług za pośrednictwem e-rejestracji.
- 17) „Infolinia medyczna” – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych. Zmiana numeru Infolinii medycznej nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia;
- a) w odniesieniu do wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej – dzień wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego o wstępnym rozpoznaniu lub podejrzeniu rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej;
- b) w odniesieniu do wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu, o którym mowa w ust.2 lit. b) – dzień postawienia Diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem iż Usługi medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek [redacted] ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt [redacted]. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust.2 Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:
 - a) wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową oraz
 - b) wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących Nowotworów w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - i. Rak przedinwazyjny piersi;
 - ii. Rak przedinwazyjny jajnika;
 - iii. Rak przedinwazyjny trzonu macicy;
 - iv. Rak przedinwazyjny jajowodu;
 - v. Rak przedinwazyjny jądra;
 - vi. Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 N0M0;
 - vii. Czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A;
 - viii. Rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego;
 - ix. Nowotwór łagodny tarczycy po leczeniu chirurgicznym;
 - x. Nowotwór łagodny jajnika po leczeniu chirurgicznym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego [redacted] przyjmuje:

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu i w jakiej wysokości?

1. W przypadku Diagnozy Nowotworu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia a w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.4 i 7, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”).
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu postawienia Diagnozy.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Nowotworu, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b) 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 lit. b) Nationale-Nederlanden wypłaca jedno świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu jest przedstawienie [redacted] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) 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,
 - d) 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.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez [REDAKTOWANE] zawiadomienia o Diagnostyce Nowotworu. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE] albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

Art. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania Choroby nowotworowej i w jakiej wysokości?

1. W przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania Choroby nowotworowej:
 - 3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
 - b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie podejrzenia Choroby nowotworowej lub jej wstępne rozpoznanie, lub
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 - 3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
 - a) przekazania informacji o akceptacji

- przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
- b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
- c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas lub
- d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.

- 3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust.3.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
- 3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
- 3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr. 1 do niniejszej umowy, w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
4. Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych
 - 4.1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - a) w formie bezgotówkowej realizacji Usług medycznych, za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
 - 4.2. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów tej usługi.
 - 4.3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazane w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego.

5. Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego
- 5.1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
- oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem Usługi medycznej,
 - wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl lub;
 - przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
- 5.2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu sms.
- 5.3. [REDAKCYJA] za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
- 5.4. W przypadku, o którym mowa w ust.5.3 [REDAKCYJA] za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
- 5.5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalne wysokości wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.
- 5.6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust.5.5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej
- 6.1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Usług medycznych Ubezpieczony powinien:
- skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
 - przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
- 6.2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
- imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - rodzaj koniecznej pomocy;
 - datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
 - inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 6.3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

- [REDAKCYJA] nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, który jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
- Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.1 nie stosuje się jeżeli zachorowanie na Nowotwór nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
- [REDAKCYJA] 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.
- [REDAKCYJA] nie wypłaci świadczenia,

- jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1 lub 3 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted] lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b), 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 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, a zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b), 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. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust.2 lit. b) (piersi, jajnika, trzonu macicy, jajowodu, jądra) oraz dysplazji szyjki macicy i wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych.
 8. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Choroba nowotworowa była leczona lub została zdiagnozowana w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli Ubezpieczony rozpoczął proces diagnostyczny związany z tą Chorobą nowotworową przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 9. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Usługi medyczne wykonane przez Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.
 10. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. a) spowodowane:
 - a) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - b) wadą fizyczną lub psychiczną ujawnioną przed 1 rokiem życia spowodowaną chorobami genetycznymi, wcześniactwem lub uszkodzeniem okołoporodowym;
 - c) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub uzależniających;
 - d) leczeniem i diagnozowaniem niepłodności;
 - e) stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do Nationale-Nederlanden przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeżeli Nationale-Nederlanden o nie wyraźnie pytało i mogłyby one wpłynąć na decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej umowy.
 11. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w Art. 2 ust.2 lit. a) wymagające wykonania:
 - a) badań genetycznych;
 - b) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
 - c) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
 12. Nationale-Nederlanden nie zrealizuje Świadczenia medycznego w formie pieniężnej i bezgotówkowej za Usługi medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

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 wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu.

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] Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. [redacted] z dnia 2010 r., [redacted]

[redacted]
[redacted]
Członek Zarządu Członek Zarządu

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

do ogólnych warunków Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką CCBH17

Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka podstawowa					
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty					
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł	Gastroenterolog konsultacja lekarska		80,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł	Ginekolog konsultacja lekarska		80,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł	Ginekolog – Endokrynolog konsultacja lekarska		120,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł	Hematolog konsultacja lekarska		85,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł	Hepatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)		35,00 zł	Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł	Immunolog konsultacja lekarska		80,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł	Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł	Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł	Lekarz chorób zakaźnych konsultacja lekarska		85,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł	Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł
zdejmnowanie szwów		15,00 zł	Nefrolog konsultacja lekarska		85,00 zł
2. 4. 2 Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie					
Alergolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł
Angiolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł	Onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł	Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł
Chirurg onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł	Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Proktolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Dermatolog – Wenerolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Endokrynolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
			Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
			Urolog – Androlog konsultacja lekarska		80,00 zł
			Opieka specjalistyczna – zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Alergologia		
	1 punkt	6,00 zł
testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy	10 punktów	60,00 zł
	20 punktów	120,00 zł
	3 punkty	18,00 zł
	5 punktów	30,00 zł
testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny	1 punkt	6,00 zł
	10 punktów	60,00 zł
	20 punktów	120,00 zł
	3 punkty	18,00 zł
	5 punktów	30,00 zł
testy uczuleniowe płatkowe (skórne)	1 punkt	15,00 zł
	10 punktów	100,00 zł
	20 punktów	200,00 zł
odczulanie (bez kosztu leku przepisanego na receptę)		45,00 zł
Chirurgia		
iniekcja dostawowa		40,00 zł
leczenie owrzodzeń skórnych		60,00 zł
leczenie zastrzału powierzchniowego		60,00 zł
nacinanie i drenaż czyraka		60,00 zł
nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka		80,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		40,00 zł
punkcja stawów		35,00 zł
szycie rany		30,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		30,00 zł
wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		160,00 zł
wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		240,00 zł
założenie sączka		30,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego		80,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		50,00 zł
zdejmowanie szwów		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Dermatologia		
dermatoskopia		50,00 zł
kriochirurgia/ krioterapia		50,00 zł
laseroterapia zmian skórnych		180,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Ginekologia		
elektrokoagulacja szyjki macicy		120,00 zł
krioterapia nadżerek		120,00 zł
pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego		40,00 zł
Laryngologia (Otolaryngologia)		
koagulacja naczyń przegrody nosa		75,00 zł
donosowe podanie leku obkurczającego		10,00 zł
odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		30,00 zł
opatrunek uszny z lekiem		30,00 zł
pędzlowanie gardła, jamy ustnej		30,00 zł
płukanie uszu		30,00 zł
postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		75,00 zł
przedmuchiwanie trąbki słuchowej		75,00 zł
punkcja zatok		30,00 zł
usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		35,00 zł
założenie i usunięcie przedniej tamponady		120,00 zł
zdejmowanie szwów		30,00 zł
Okulistyka		
adaptacja do ciemności		35,00 zł
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
badanie pola widzenia (perymetria)		35,00 zł
badanie widzenia przestrzennego		35,00 zł
egzofthalmometria		15,00 zł
gonioskopia		35,00 zł
iniekcja podspojówkowa		20,00 zł
komputerowe badanie wzroku		5,00 zł
płukanie dróg łzowych		20,00 zł
podanie leku do worka spojówkowego		20,00 zł
pomiar ciśnienia śródgąłkowego		5,00 zł
skiaskopia		35,00 zł
usunięcie ciała obcego z oka		30,00 zł
usuwanie gradówki		250,00 zł
Ortopedia		

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł	apolipoproteina apo A1		50,00 zł
punkcja (zmiany urazowe)		35,00 zł	apolipoproteina apo B		50,00 zł
punkcja (zmiany zapalne)		35,00 zł	białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł	białko całkowite		6,00 zł
unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		40,00 zł	białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		80,00 zł	bilirubina bezpośrednia		6,00 zł
założenie opaski elastycznej i temblaka		30,00 zł	bilirubina całkowita		6,00 zł
założenie szyny Kramera		30,00 zł	bilirubina pośrednia		6,00 zł
założenie szyny Zimmera		30,00 zł	ceruloplazmina		25,00 zł
założenie/dopasowanie ortozy (bez kosztu ortozy)		30,00 zł	chlorki		6,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł	cholesterol		6,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł	cholesterol HDL oznaczony bezpośrednio		6,00 zł
Patomorfologia			cholesterol HDL wyliczony		6,00 zł
badanie i ocena histopatologiczna biopsji/wycinka	w ramach zabiegu zgodnego z wariantem ochrony	30,00 zł	cholesterol LDL		6,00 zł
Reumatologia			cholinesteraza krwinkowa		30,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł	cholinesteraza wątrobowa		30,00 zł
Urologia			cyjanokobalamina (witamina B12)		20,00 zł
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł	cynk (Zn)		20,00 zł
płukanie pęcherza moczowego		30,00 zł	cystyna/homocystyna		35,00 zł
Opieka specjalistyczna – 2 konsultacje psychiatry i 2 konsultacje psychologa			czynnik reumatoidalny (RF)		10,00 zł
Psychiatra konsultacja lekarska		75,00 zł	dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		10,00 zł
Psycholog konsultacja		75,00 zł	digoksyna		14,00 zł
Badania laboratoryjne			ferrytyna		20,00 zł
Badania biochemiczne			fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
albumina		6,00 zł	fosfor		6,00 zł
alfa – 1 – antytrypsyna		45,00 zł	fosforan nieorganiczny		6,00 zł
aminokwasy		30,00 zł	fosfotaza alkaliczna (ALP)		10,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		6,00 zł	fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł	fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP)		10,00 zł
amylaza		6,00 zł	GGTP- gamma glutamylotransferaza		10,00 zł
			glukoza 20 min. posiłku		6,00 zł
			glukoza 60 min. posiłku		6,00 zł
			glukoza na czczo		6,00 zł
			glukoza z obciążeniem 50 g glukozy po 1 godzinie		20,00 zł
			glukoza z obciążeniem 50 g glukozy po 2 godzinach		20,00 zł
			glukoza z obciążeniem 75 g glukozy po 4 godzinach		20,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 5 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	na czczo	20,00 zł
homocysteina		35,00 zł
jonogram (Na, K)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
klirens endogennej kreatyniny		10,00 zł
kreatynina		6,00 zł
kwas foliowy		20,00 zł
kwas homowanilinowy (HVA)		35,00 zł
kwas moczowy		6,00 zł
kwas walproinowy		28,00 zł
kwasy żółciowe		50,00 zł
lipaza		12,00 zł
lipidogram		24,00 zł
magnez		6,00 zł
methemoglobina		30,00 zł
mioglobina		28,00 zł
mocznik, azot mocznikowy (pozabiałkowy), BUN		6,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		10,00 zł
ołów (Pb)		55,00 zł
peptyd natriuretyczny (BNP)		35,00 zł
peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		35,00 zł
potas (K)		6,00 zł
próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		32,00 zł
seromukoid		12,00 zł
sód (Na)		6,00 zł
transferyna		10,00 zł
triglicerydyt (trójglicerydy)		6,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
tyreoglobulina		30,00 zł
tyrozyna		35,00 zł
USR (VDRL)		10,00 zł
wapń całkowity		6,00 zł
witamina D – metabolit 1,25(OH)		70,00 zł
witamina D – metabolit 25(OH)		70,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
żelazo		6,00 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		10,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	120 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	180 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	300 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	60 min po obciążeniu	18,00 zł
Badania hematologiczne		
antytrombina III (AT III)		45,00 zł
bezpośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (BTA)		20,00 zł
białko C		45,00 zł
białko S wolne		45,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas krwawienia		9,00 zł
czas krzepnięcia		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	II – protrombina,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	IX – czynnik antyhemofilowy B	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	V – proakceleryna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VII – prokonwertyna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	X – czynnik Stuarta – Prowera,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XI – czynnik antyhemofilowy C	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XII – czynnik Hagemana,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	45,00 zł
D-dimery		35,00 zł
eozynofilia bezwzględna		6,00 zł
fibrynogen		10,00 zł
haptoglobulina		30,00 zł
hemoglobina wolna		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
hemolizyny		20,00 zł
inhibitor składnika C1 dopełniacza		45,00 zł
inhibitory krzepnięcia		35,00 zł
komórki LE		17,00 zł
leukocyty		6,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
osmolarność krwi		25,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu AB0 i Rh		30,00 zł
plazminogen		10,00 zł
płytki krwi		6,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		20,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		35,00 zł
retikulocyty		6,00 zł
Badania moczu		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		30,00 zł
albuminy w moczu		6,00 zł
amylaza w moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
białko Bence'α-Jonesa w moczu		50,00 zł
bilirubina w moczu		6,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł
ciężka ketonowa w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		3,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindoloctowy (5 – HIAA)		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) -17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		40,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		6,00 zł
glukoza/cukier w moczu		3,00 zł
hemoglobina wolna w moczu		15,00 zł
Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		80,00 zł
kadm w moczu		80,00 zł
katecholaminy w moczu		30,00 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		20,00 zł
koproporfiryny w moczu		40,00 zł
kortyzol w moczu		30,00 zł
kreatynina w moczu		6,00 zł
kwas delta-aminolewulinowy w moczu		50,00 zł
kwas moczowy w moczu		6,00 zł
kwas wanilinomigdałowy w moczu		50,00 zł
liczba Addisa w moczu		10,00 zł
łańcuchy lekkie kappa w moczu		50,00 zł
łańcuchy lekkie lambda w moczu		50,00 zł
magnez w moczu		6,00 zł
metoksykatecholaminy w moczu		50,00 zł
miedź w moczu		45,00 zł
mikroalbuminuria		6,00 zł
mocznik w moczu		6,00 zł
noradrenalina/adrenalina w moczu		30,00 zł
ołów w dobowej zbiorce moczu		45,00 zł
osmolarność moczu		10,00 zł
potas w moczu		6,00 zł
rtęć (Hg) w moczu		50,00 zł
skład chemiczny kamienia nerkowego		50,00 zł
sód w moczu		6,00 zł
test ciężkowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
wapń całkowity w moczu		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Badania kału		
badanie ogólne kału		12,00 zł
badanie kału na obecność lamblii		20,00 zł
badanie kału w kierunku jaj pasożytów		20,00 zł
badanie kału w kierunku owsików		12,00 zł
badanie kału w kierunku rotawirus/adenowirusy		28,00 zł
badanie kału – antygen Helicobacter pylori		28,00 zł
badanie kału – resztki pokarmowe		14,00 zł
badanie kału w kierunku Shigella i Salmonella		28,00 zł
krew utajona w kale		12,00 zł
Badania hormonalne		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		26,00 zł
adrenalina		35,00 zł
aktywność reninowa osocza (ARO)		35,00 zł
aldolaza		35,00 zł
aldosteron		35,00 zł
androstendion		35,00 zł
androsteron		35,00 zł
białko transportujące insulinopodobne czynniki wzrostu (IGFBP-3)		40,00 zł
deзоксыkortyzol		26,00 zł
DHEA-S (dehydroepiandrosteronu siarczan)		30,00 zł
erytropoetyna		30,00 zł
esteraza acetylocholiny		20,00 zł
estradiol (E2)		30,00 zł
estriol		30,00 zł
estriol wolny		30,00 zł
fenyloalanina (PKU)		35,00 zł
glikolizowane białko		40,00 zł
globulina wiążąca hormony płciowe (SHBG)		30,00 zł
glutamylotransferaza		40,00 zł
gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG)		15,00 zł
hemoliza kwaśna		40,00 zł
hormon adrenokortykotropowy (ACTH)		26,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
hormon anty-Mullerowski (AMH) – diagnostyka płodności		80,00 zł
hormon folikulotropowy (FSH)		26,00 zł
hormon luteinizujący (LH)		26,00 zł
hormon tyreotropowy (TSH)		26,00 zł
hormon wzrostu (GH)		26,00 zł
Inhibina B		80,00 zł
insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1)		40,00 zł
kalcytonina		22,00 zł
katecholaminy		26,00 zł
kortyzol	pobranie po południu	26,00 zł
kortyzol	pobranie rano	26,00 zł
łańcuchy lekkie kappa i lambda		55,00 zł
N-Acetyloglukozaminidaza		26,00 zł
osteokalcyna		30,00 zł
PAPP-A (badanie przesiewowe)		150,00 zł
parathormon intact (iPTH)		25,00 zł
progesteron		26,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	120 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	30 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	60 min po obciążeniu	30,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	przed obciążeniem	30,00 zł
prolaktyna (PRL)		26,00 zł
receptory estrogenowe		35,00 zł
receptory progesteronowe		35,00 zł
renina		28,00 zł
serotonina		28,00 zł
testosteron całkowity		26,00 zł
testosteron wolny		26,00 zł
trijodotyronina całkowita (TT3)		18,00 zł
trijodotyronina wolna (FT3)		18,00 zł
tyroksyna całkowita (TT4)		18,00 zł
tyroksyna wolna (FT4)		18,00 zł
Markery nowotworowe		
alfa – fetoproteina (AFP)		30,00 zł
antygen CA 125 (CA 125)		32,00 zł
antygen CA 15-3 (CA15-3)		32,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
antygen CA 19-9 (CA 19-9)		32,00 zł
antygen karcynoembrionalny (CEA)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)		45,00 zł
badanie typu immunoassay w kierunku antygenu guza		32,00 zł
beta-2-mikroglobulina (b2-M)		30,00 zł
Badania mikrobiologiczne		
antybiogram		20,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	krew	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z jamy ustnej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z odbytu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z worka spojówkowego	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze skóry	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze sromu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	mocz	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	nasienie	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	plwocina	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	ropa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	włosy	35,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	35,00 zł
cytologia złuszczeniowa z nosa		30,00 zł
posiew kału		28,00 zł
posiew kału w kierunku pasożytów		28,00 zł
posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella		28,00 zł
posiew krwi	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew moczu		28,00 zł
posiew nasienia		30,00 zł
posiew plwociny	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew plwociny	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z oka		28,00 zł
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy	28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
wymaz ze zmian skórnych	posiew tlenowy	28,00 zł
Badania serologiczne		
aglutynacja cząstek		20,00 zł
antygen Hbe		20,00 zł
antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs – HBsAg)		20,00 zł
antykoagulant toczniowy (LA)		55,00 zł
badanie w kierunku rotawirusów		28,00 zł
przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)		55,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting		55,00 zł
przeciwciała p. bakteryjne		28,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgG		55,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgM		55,00 zł
przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb. nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgG		40,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgM		40,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA		55,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)		28,00 zł
przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)		55,00 zł
przeciwciała p. DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)		55,00 zł
przeciwciała p. dsDNA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgA – EmA IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgG – EmA IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgG		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgM		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA		55,00 zł	przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA		55,00 zł	przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		55,00 zł	przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. HAV	frakcja IgM	28,00 zł	przeciwciała p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)		55,00 zł
przeciwciała p. HAV	poziom całkowity	28,00 zł	przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. HBc (całkowite)		28,00 zł	przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej (αTPO, anty TPO)		28,00 zł
przeciwciała p. Hbe (anty – Hbe)		28,00 zł	przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG		55,00 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		28,00 zł	przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM		55,00 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		28,00 zł	przeciwciała p. receptorom acetylocholin (AChR – Ab)		55,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori		28,00 zł	przeciwciała p. receptorom TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)		28,00 zł
przeciwciała p. heterofilne		28,00 zł	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. HIV1/HIV2		28,00 zł	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		28,00 zł	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		28,00 zł	przeciwciała p. Rubivirus (rózyczka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		28,00 zł	przeciwciała p. Rubivirus (rózyczka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. jądrowe i p. cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		55,00 zł	przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF		55,00 zł	przeciwciała p. Shigella		28,00 zł
przeciwciała p. kardiolipinie w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA		28,00 zł	przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. komórkom okładzinowym żółądka – (APCA) met. IIF		55,00 zł	przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		55,00 zł
przeciwciała p. korze nadnerczy		55,00 zł	przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo		55,00 zł	przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		28,00 zł
przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA		55,00 zł	przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		28,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF		55,00 zł	przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF		55,00 zł	przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF		55,00 zł	przeciwciała p. tyreoglobulinie		28,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA		55,00 zł	przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2		55,00 zł	przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG		55,00 zł			

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnątrzwydzielniczym trzust. I kom. Kubkowatym jelit met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Yersinia		28,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID		55,00 zł
SLE – półilościowo		55,00 zł
Diagnostyka cukrzycy		
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB))		20,00 zł
insulina		22,00 zł
	na czczo	50,00 zł
	po 120 min	50,00 zł
	po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
peptyd C		25,00 zł
Badania immunologiczne		
Immunoglobuliny (IgA)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgG)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgM)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgE)	E całkowite	22,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Acarus Siro D70 (w kurzu)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Alternaria Tenuis M6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Amoksycyklina C204	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Aspergillus Fumigatus M3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Babka lancetowata W9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Banan F92	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Białko jaja F1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Brzoza Brodawkowata T3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Bylica Pospolita W6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Candida Albicans M5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cebula F48	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chironimus Plumosus 173	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłóć pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cladosporium Herbarum M2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Czekolada F105	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Dorsz F3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drożdże browarnicze F403	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dqb (T7), wierzba (T12)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Fasola F15	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Glista ludzka P1	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kukurydza F8	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gluten (Gliadyna) F79	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurczak F83	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13)	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurz – mieszanka (Bencard)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Groch F12	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lateks K82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gruszka F94	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lepidoglyphus Destructor D71	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gryka F11	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Leszczyna Pospolita T4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Indyk F284	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Marchew F31	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jabłko F49	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), małż jadalny (F37), tuńczyk (F40)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Osy Vespula sp. I3	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Pszczoły I1	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka pleśni MPI: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1), Cladosporium herbarum (M2), Aspergillus fumigatus (M3), Candida albicans (M5)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Szerszenia Europejskiego I5	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jagnię (baranina) F88	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jajko całe F245	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko Krowie F2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jęczmień F6	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mucor Racemosus M4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kakao F93	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Musztarda F89	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Karaluch – Prusak I6	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek chomika E84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kawa F221	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek królika E82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kazeina F78	10,00 zł	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek owcy E81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kiwi F84	10,00 zł			
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komar I71	10,00 zł			
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komosa Biała W10	10,00 zł			
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Koperek 277	10,00 zł			
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kostrzewa Łąkowa G4	10,00 zł			
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Krupówka Pospolita G3	10,00 zł			

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek świnki morskiej E6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Odchody gołębia E7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ogórek F244	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Olcha T2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech laskowy F17	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech włoski F256	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech ziemny F13	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Owies F7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel alergenów oddechowych	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel mieszany	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel pokarmowy	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Penicilium Notatum M1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pieprz czarny F280	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze (pióra gęsi) E70	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze mieszane EP71 kaczki pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pietruszka F86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kaczki E86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kanarka E201	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra papużki falistej E78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomarańcza F33	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomidor F25	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pszenica F4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pyłki żyta G12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Pteronys. D1	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Farinae D2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ryz F9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Seler F85	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ser cheddar F81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść konia E3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść kota E1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść psa E2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Soja F14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Topola T14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Truskawka F44	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tuńczyk F40	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tymotka Łąkowa G6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tyrophagus Putrescentiae	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wieprzowina F26	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wierzba T12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wołowina F27	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ziemniak F35	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żółtko jaja F75	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żyto F5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (panel)	inne	130,00 zł
Inne badania		
gazometria podstawowa (pH, pCO2, pO2)		20,00 zł
Badania radiologiczne (RTG)		
densytometria	kości udowej	55,00 zł
densytometria	kręgosłup lędźwiowy	55,00 zł
densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
mammografia	celowane	75,00 zł
mammografia	ogólne	75,00 zł
RTG celowane siodełka tureckiego		40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kości skroniowej	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Rheseego	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Schullera (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Stenversa (uszu)	40,00 zł
RTG czaszki	w dwóch projekcjach	40,00 zł
RTG czaszki	w jednej projekcji	40,00 zł
RTG czaszki	w trzech projekcjach	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG dłoni (ręki)	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	projekcja bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej	RTG tomogram	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	projekcja bok	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę osiowe	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę styczne	40,00 zł
RTG kolan	celowane na rzepkę w 3 ustawieniach	40,00 zł
RTG kolan	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP	40,00 zł
RTG kolan	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kolan	projekcja bok	40,00 zł
RTG kończyny dolnej		40,00 zł
RTG kończyny górnej		40,00 zł
RTG kości krzyżowej		40,00 zł
RTG kości nosowej		40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kości ogonowej	AP + bok	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok wraz z kością guziczną	40,00 zł
RTG kości ogonowej	bok/AP – jedna projekcja	40,00 zł
RTG kości piętowej	(puste)	40,00 zł
RTG kości podudzia	porównawcze obu kończyn	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości podudzia	ze stawem skokowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja AP obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja osiowa obu kości	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kości ramieniowej	ze stawem barkowym osiowe	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja AP	40,00 zł
RTG kości udowej	ze stawem kolanowym projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok + skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	czynnościowe	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok + skośna (skolioza)	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	projekcja skośna	40,00 zł
RTG kręgu szczytowego i obrotowego	(puste)	40,00 zł
RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe	40,00 zł
RTG łopatki	projekcja AP	40,00 zł
RTG łopatki	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG łuków jarzmowych		40,00 zł
RTG miednicy		40,00 zł
RTG miednicy małej		40,00 zł
RTG mostka	projekcja AP	40,00 zł
RTG mostka	projekcja bok	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG nadgarstka	celowane na kość łódeczkowatą	40,00 zł
RTG nadgarstka	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG nadgarstka	projekcja bok	40,00 zł
RTG nosa		40,00 zł
RTG nosogardła (trzeci migdał)		40,00 zł
RTG obojczyka		40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP	40,00 zł
RTG oczodołów	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	porównawcze obu rąk	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG palca	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG palca	projekcja bok	40,00 zł
RTG podstawy czaszki		40,00 zł
RTG podżebrza		40,00 zł
RTG potylicy		40,00 zł
RTG przedramienia	porównawcze projekcja AP + bok obu kości	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP	40,00 zł
RTG przedramienia	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	inne	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na leżąco	40,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na stojąco	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż przelyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG skrzydełkowe zęba		40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG stawów biodrowych	dzieci	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja AP – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja osiowa – dorośli	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/ biodrowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/ biodrowych	projekcja AP + skośna	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/ biodrowych	projekcja skośna	40,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja bok	40,00 zł
RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu mostkowo- obojczykowego		40,00 zł
RTG stóp	celowane na kości śródstopia	40,00 zł
RTG stóp	celowane na palce	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę osiowe	40,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG stóp	projekcja bok	40,00 zł
RTG ścięgna Achillesa		40,00 zł
RTG ślinianki		40,00 zł
RTG śródpiersia		40,00 zł
RTG twarzoczaszki		40,00 zł
RTG uszu		40,00 zł
RTG zatok		40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG zgryzowe		40,00 zł
RTG żeber	projekcja AP	40,00 zł
RTG żeber	projekcja bok	40,00 zł
RTG żeber	projekcja skośna	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja AP	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja skośna	40,00 zł
urografia		120,00 zł
Badania czynnościowe		
Narząd słuchu		
audiometria impedancyjna		30,00 zł
audiometria tonalna		30,00 zł
Układ krążenia		
EKG spoczynkowe bez opisu		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		80,00 zł
echokardiografia (ECHO)		80,00 zł
EKG wysiłkowe		80,00 zł
Holter EKG „event”		80,00 zł
Układ oddechowy		
spirometria	standardowa bez leku	30,00 zł
spirometria	z podaniem leku rozkurczowego	30,00 zł
Narząd wzroku		
badanie GDx		30,00 zł
Układ moczowy		
uroflowmetria		40,00 zł
Układ nerwowy		
EEG – elektroencefalografia	w czuwaniu	60,00 zł
EMG – elektromiografia	zespół cieśni nadgarstka	120,00 zł
EMG – elektromiografia	badanie ilościowe mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	choroba neuronu ruchowego	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nerw twarzowy	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nieurazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	ocena czynności spoczynkowej mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	polineuropatia / miopatia	120,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
EMG – elektromiografia	pourazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba ischemiczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba miasteniczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	uszkodzenie splotu	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw czuciowy	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (krótkie odcinki)	80,00 zł
ENG – elektronystagmografia		80,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
USG		
USG dołów podkolanowych		60,00 zł
USG gałek ocznych i oczodołów		60,00 zł
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		60,00 zł
USG jądra i najądrza		60,00 zł
USG krtani		60,00 zł
USG mięśni		60,00 zł
USG nadgarstka		60,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		60,00 zł
USG oka		110,00 zł
USG palca		60,00 zł
USG pęcherz moczowy		60,00 zł
USG piersi		60,00 zł
USG prostaty (transrektalne)		60,00 zł
USG prostaty przez powłoki brzuszne		60,00 zł
USG ręki		60,00 zł
USG staw barkowy		60,00 zł
USG staw biodrowy		60,00 zł
USG staw kolanowy		60,00 zł
USG stawu łokciowego		60,00 zł
USG stawu skokowego		60,00 zł
USG stopy		60,00 zł
USG ścięgna Achillesa		60,00 zł
USG ślinianek		60,00 zł
USG tarczycy		60,00 zł
USG tętnic wewnątrzczaszkowych		60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG tkanek miękkich		60,00 zł
USG tkanki podskórnej		60,00 zł
USG transwaginalne (USG TV)		60,00 zł
USG węzłów chłonnych		60,00 zł
USG więzadeł		60,00 zł
USG Dopplerowskie		
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. dolnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. dolnych	naczynia żyłne	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. górnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. górnych	naczynia żyłne	80,00 zł
USG – Doppler naczyń szyi		80,00 zł
USG – Doppler naczyń układu wrotnego		80,00 zł
USG – Doppler pnia trzewnego		80,00 zł
USG – Doppler tętnice nerkowe		80,00 zł
USG – Doppler żyły głównej dolnej i biodrowych		80,00 zł
Biopsje cienkoigłowe pod kontrolą USG		
prostaty z badaniem hist – pat		110,00 zł
węzłów chłonnych z badaniem hist – pat		110,00 zł
zmiany chorobowej z badaniem hist – pat		110,00 zł
piersi z badaniem hist – pat		110,00 zł
tarczycy z badaniem hist-pat		100,00 zł
Badania endoskopowe		
anoskopia		70,00 zł
anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		90,00 zł
bronchoskopia		350,00 zł
bronchoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		380,00 zł
bronchoskopia z udrażnianiem światła oskrzeli (usuniecie cała obcego)		380,00 zł
gastroskopia		110,00 zł
gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat i testem H. pylori		140,00 zł
gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat.		130,00 zł
gastroskopia z testem H. pylori		120,00 zł
kolonoskopia bez znieczulenia		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
kolonoskopia bez znieczulenia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	280,00 zł	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
kolonoskopia ze znieczuleniem		350,00 zł	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
kolonoskopia ze znieczuleniem z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	380,00 zł	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
kolposkopia		80,00 zł	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
kolposkopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		100,00 zł	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
rektoskopia		80,00 zł	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
rektoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		100,00 zł	TK jama brzuszna bez kontrastu		190,00 zł
sigmoidoskopia		110,00 zł	TK jama brzuszna z kontrastem		250,00 zł
sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	130,00 zł	TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		190,00 zł
znieczulenie ogólne do badania endoskopowego		200,00 zł	TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		250,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)			TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. Wierńcowych)		180,00 zł
OCT oczu		150,00 zł	TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		250,00 zł
OCT oka		100,00 zł	TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem		250,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu	230,00 zł	TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wierńcowych)		230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		250,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł	TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia	180,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł	TK kończyny dolne bez kontrastu	uda	180,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł	TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia	230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł			

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK kończyny dolne z kontrastem	uda	230,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	nadgarstka	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	przedramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ramienia	180,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ręki	180,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	przedramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ramienia	230,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ręki	230,00 zł
TK krtani bez kontrastu		180,00 zł
TK krtani z kontrastem		230,00 zł
TK miednicy mniejszej bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		190,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		250,00 zł
TK nerek i nadnerczy bez kontrastu		190,00 zł
TK nerek i nadnerczy z kontrastem		250,00 zł
TK oczodołów bez kontrastu		230,00 zł
TK oczodołów z kontrastem		230,00 zł
TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		180,00 zł
TK piramid kości skroniowych z kontrastem		250,00 zł
TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		180,00 zł
TK przysadki mózgowej bez kontrastu		250,00 zł
TK przysadki mózgowej z kontrastem		250,00 zł
TK stawów biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów biodrowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		230,00 zł
TK stawów skokowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów skokowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawu barkowego bez kontrastu		180,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK stawu barkowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu kolanowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu kolanowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu łokciowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu łokciowego z kontrastem		250,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		180,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		250,00 zł
TK stopy bez kontrastu		180,00 zł
TK stopy z kontrastem		250,00 zł
TK szyi bez kontrastu		180,00 zł
TK szyi z kontrastem		230,00 zł
TK zatoki bez kontrastu		180,00 zł
TK zatoki z kontrastem		250,00 zł
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żylne i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		250,00 zł
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		300,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		350,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		350,00 zł
RM angiografia tętnic nerkowych		400,00 zł
RM artrografia nadgarstka		400,00 zł
RM artrografia stawu barkowego		400,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		400,00 zł
RM artrografia stawu łokciowego		400,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		400,00 zł
RM cholangiografia		400,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM jama brzuszna z cholangiografią		400,00 zł
RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		350,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)		350,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	angiografia naczyń klatki piersiowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i żywności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną przepływu krwi	400,00 zł
RM klatki piersiowej z kontrastem (bez RM Angio i badania serca)		400,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane stopa	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane udo	300,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	cała kończyna	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane stopa	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane udo	350,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię	300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ręką	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ręką	300,00 zł
RM mammografia		400,00 zł
RM miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		350,00 zł
RM oczodołów bez kontrastu		300,00 zł
RM oczodołów z kontrastem		350,00 zł
RM przysadki mózgowej z kontrastem		350,00 zł
RM stawów biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów kolanowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów kolanowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów skokowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów skokowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawu barkowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu barkowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu łokciowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu łokciowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		300,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		300,00 zł
RM struktur mózgowia + angiografia		350,00 zł
RM szyi bez kontrastu		300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM szyi z kontrastem		350,00 zł
RM śródpiersia bez kontrastu		300,00 zł
RM śródpiersia z kontrastem		350,00 zł
RM twarzoczaszka bez kontrastu		300,00 zł
RM twarzoczaszka z kontrastem		350,00 zł
RM urografia		400,00 zł
RM zatok bez kontrastu		300,00 zł
RM zatok z kontrastem		350,00 zł
Wizyty domowe		
24h lekarskie wizyty wyjazdowe		
lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 8. 00 do 20. 00	125,00 zł
lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 20. 00 do 8. 00	150,00 zł
lekarska wizyta domowa	sobota, niedziele, święta od 8. 00 do 20. 00	175,00 zł
lekarska wizyta domowa	sobota, niedziele, święta od 20. 00 do 8. 00	225,00 zł
24 h wyjazdowa opieka pielęgniarstwa		
pielęgniarska wizyta domowa	badanie moczu metodą paskową	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	dożylny wlew kroplowy	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja domięśniowa	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja dożylna	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja podskórna	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	pomiar ciśnienia tętniczego	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	założenie lub zmiana prostego opatrunku	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	zdejmowanie szwów	40,00 zł
Szczepienia ochronne		
Konsultacja kwalifikacyjna przed szczepieniem		30,00 zł
szczepienie przeciwko WZW typu B		100,00 zł