

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego

i jego rodziny

MTH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Narodowe Fundusze Zdrowia** kodem MTH17.

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 zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MTH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego;
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach, pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący wyleczeniu lub ograniczeniu skutków Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy) u Ubezpieczonego. Za Pobyt w szpitalu uznajemy również pobyt przerwany nieobecnością Ubezpieczonego w Szpitalu o ile jest ona za zgodą lekarza (Przepustka) i jednorazowo nie trwa dłużej niż 72 godziny oraz pobyt na oddziale dziennym. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia do Szpitala, za ostatni dzień Pobytu w szpitalu – dzień wypisu. Do okresu Pobytu w szpitalu wliczane są również dni, w których nie są prowadzone zajęcia terapeutyczne na oddziałach dziennych oraz dni Przepustki.
- 3) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 4) **„Uprawniony”** – Małżonek, Partner lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 5) **„Zaburzenia lękowe (nerwica)”** – niepsychotyczne zaburzenia lękowe o podłożu psychicznym, upośledzające codzienne funkcjonowanie. Zaburzenia lękowe (nerwica) muszą być rozpoznane przez Lekarza psychiatrę i skutkować Pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 21 dni. .
- 6) **„Depresja”** – stan długotrwałego obniżenia nastroju z ubytkiem energii i zmniejszeniem aktywności fizycznej upośledzający codzienne funkcjonowanie. Depresja musi być rozpoznana przez Lekarza psychiatrę i skutkować Pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 21 dni.
- 7) **„Suma składek”** – suma Składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na niniejszą Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 8) **„Zaburzenie emocjonalne”** – zaburzenia nerwicowe, lękowe, agresja bądź stan depresyjny potwierdzone dokumentem medycznym wystawionym przez Lekarza pierwszego kontaktu lub Lekarza psychiatrę.
- 9) **„Limit Świadczeń medycznych”** – limit ilościowy wskazany w Zakresie Świadczeń medycznych dla każdego Świadczenia medycznego lub grupy Świadczeń medycznych;
- 10) **„Zakres Świadczeń medycznych”** – lista Świadczeń medycznych przysługujących Ubezpieczonemu oraz zasady ich realizacji określone w Załączniku do Warunków, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Warunkach;
- 11) **„Placówka medyczna”** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) **„Świadczenie medyczne”** – porada lekarska, psychologiczna lub badanie laboratoryjne wymienione w Zakresie Świadczeń medycznych.
- 13) **„Centrum operacyjne”** – podmiot zewnętrzny, zajmujący się w imieniu **Narodowego Fundusza Zdrowia** przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny MTH17 (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: Zakres Świadczeń medycznych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 2 ust.4, Art. 6, Art. 7, Załącznik: Zakres 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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - a) zdrowie Ubezpieczonego (wariant podstawowy),
 - b) zdrowie Ubezpieczonego i Uprawnionych (wariant rodzinny).
2. O wyborze wariantu decyduje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Depresję lub Zaburzenia lękowe (nerwice) Ubezpieczonego w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową oraz
 - b) wystąpienie u Ubezpieczonego lub Uprawnionego Zaburzeń emocjonalnych w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Ubezpieczony oraz Uprawnieni są objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, iż Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek Ubezpieczonego, jeżeli jest to niezbędne dla ustalenia prawa do świadczenia, Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Ubezpieczonego. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
2. W przypadku chęci realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony bądź Uprawniony ma obowiązek przekazać Centrum operacyjnemu dane konieczne do weryfikacji uprawnień Ubezpieczonego bądź Uprawnionego oraz organizacji dla nich Świadczeń medycznych.

Art. 4 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) i w jakiej wysokości?

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie mu wypłacone Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, a w przypadku wskazanym w Art. 6 ust.2 w wysokości Sumy składek należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na niniejszą Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy) jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w 21. dniu Pobytu w szpitalu.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tego zdarzenia w stosunku do Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Depresja i Zaburzenia lękowe (nerwica) były powodem jednego Pobytu w szpitalu,

5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Depresji albo Zaburzeń lękowych (nerwicy) jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - d) innego dokumentu potwierdzającego wystąpienie Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy),
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczonego zawiadomienia o wystąpieniu Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy). Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden 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 Świadczeń medycznych z tytułu Zaburzeń emocjonalnych w jakiej formie i wysokości?

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego lub Uprawnionego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zaburzeń emocjonalnych będzie im przysługiwać organizacja oraz pokrycie przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń medycznych zgodnie z Zakresem Świadczeń medycznych i na określonych w nim zasadach.
2. Świadczenia medyczne są realizowane na rzecz osoby, u której wystąpiły Zaburzenia emocjonalne do wysokości Limitu Świadczeń medycznych, w zależności od wybranego wariantu.
3. Zgłoszenie do Centrum operacyjnego wystąpienia Zaburzeń emocjonalnych w celu realizacji Świadczeń medycznych powinno być wykonane telefonicznie. Aktualny numer telefonu znajduje się na stronie internetowej Nationale-Nederlanden.
4. Świadczenie medyczne zostanie zrealizowane w terminie nie dłuższym niż wskazany w Zakresie świadczeń medycznych albo późniejszym, o ile termin późniejszy jest wskazany przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego.
5. Lista Świadczeń medycznych oraz terminów ich realizacji została określona w Załączniku do Warunków.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

1. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego w terminie Składki, Ubezpieczony nie otrzymuje

Ubezpieczającego do jej zapłaty wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin. Jeśli składka nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego we wskazanym terminie, [redacted] nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.

2. [redacted] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Depresja, Zaburzenia lękowe (nerwica) lub Zaburzenia emocjonalne nastąpią w okolicznościach wymienionych w ust.1 lub w okresie zawieszenia opłacania Składki.
3. Jeśli Depresja lub Zaburzenia lękowych (nerwica) wystąpią 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 Depresja lub Zaburzenia lękowe (nerwica) zajdą przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie składek.
4. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Depresja lub Zaburzenia lękowe (nerwica) były leczone lub zostały zdiagnozowane w okresie 24 miesięcy przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy przed dniem objęcia ochroną rozpoczął proces diagnostyczny związany z Depresją lub Zaburzeniami lękowymi (nerwicą).
5. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4 nie stosuje się jeżeli Depresja lub Zaburzenia lękowe (nerwica) nastąpią po upływie 24 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4-5 ma zastosowanie także do Depresji lub Zaburzeń lękowych (nerwicy) jeśli ich leczenie nie wymagało Pobytu w szpitalu.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Depresję, Zaburzenia lękowe (nerwicę) lub Zaburzenia emocjonalne spowodowane:
 - a) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych;
 - b) chorobami będącymi skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia;
 - c) stanem zdrowia, którego objawy wystąpiły, lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie zostały zgłoszone, lub zostały zgłoszone niezgodnie z prawdą do [redacted] przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, jeżeli [redacted] wyraźnie pytało

i mogłyby one wpłynąć na decyzję o przyjęciu do Umowy ubezpieczenia, lub na decyzję o warunkach zawartej Umowy ubezpieczenia.

8. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności za Zaburzenia emocjonalne spowodowane:
 - a) zaistnieniem katastrof naturalnych, w związku z którymi na danym obszarze został ogłoszony stan klęski żywiołowej,
 - b) leczeniem eksperymentalnym, któremu poddał się Ubezpieczony lub Uprawniony i które nie zostało potwierdzone badaniami,
 - c) nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego zaleceń lekarza prowadzącego leczenie.
9. [redacted] nie zrealizuje Świadczenia medycznego ani nie zwróci jego kosztów jeśli będzie wykonane na zlecenie Ubezpieczonego lub Uprawnionego bez uzgodnienia z Centrum operacyjnym.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia niniejszej Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej: [redacted]

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.

[redacted] [redacted]
[redacted] [redacted]
Członek Zarządu Członek Zarządu

Załącznik: Zakres Świadczeń medycznych

Do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej zdrowia psychicznego Ubezpieczonego i jego rodziny MTH17

1. Limity Świadczeń medycznych

Zdarzenie: zdiagnozowanie Zaburzeń emocjonalnych	Wariant podstawowy	Wariant rodzinny
Świadczenie medyczne:	Limit Świadczeń medycznych na 1 zdarzenie¹	
Konsultacja psychologa (telekonsultacja/wizyta)	10	20
Konsultacja psychiatry ² (telekonsultacja/wizyta)	5	5
Pakiet badań laboratoryjnych (pojedynczy pakiet może obejmować wiele badań. Badania musi zlecić Lekarz realizujący Świadczenie medyczne w ramach Umowy dodatkowej)	5	20
Konsultacja z lekarzem specjalistą ² (na zlecenie Lekarza psychiatry realizującego Świadczenie medyczne w ramach Umowy dodatkowej).	5	20

- Alergolog
- Chirurg
- Dermatolog
- Diabetolog
- Dietetyk
- Endokrynolog
- Gastrolog
- Ginekolog
- Hematolog
- Hepatolog
- Kardiolog
- Kardiochirurg
- Laryngolog
- Lekarza rehabilitacji
- Nefrolog
- Neurochirurg
- Neurolog
- Okulista
- Onkolog
- Ortopeda
- Otolaryngolog
- Pulmonolog
- Reumatolog
- Urolog

¹ Limit Świadczeń medycznych określony dla wariantu podstawowego dotyczy Ubezpieczonego. Limit Świadczeń medycznych określony dla wariantu rodzinnego jest limitem łącznym dotyczącym Ubezpieczonego i Uprawionych.

² Zakres obejmuje również specjalizacje dziecięce.

2. Terminy realizacji świadczeń medycznych

Świadczenie medyczne	Termin realizacji świadczenia od daty zgłoszenia do Centrum operacyjnego
Konsultacja psychologa	do 10 dni roboczych ¹
Konsultacja lekarza psychiatry	do 10 dni roboczych ¹
Konsultacja lekarza specjalisty za wyjątkiem neurochirurga, hematologa, hepatologa, pulmonologa	do 10 dni roboczych ¹
Konsultacja lekarza neurochirurga, hematologa, hepatologa, pulmonologa	do 12 dni roboczych ¹
Telekonsultacja psychologa, psychiatry, lekarza specjalisty	do 5 dni roboczych ¹
Badania laboratoryjne (pobranie materiału)	do 3 dni roboczych

¹ termin realizacji pierwszego świadczenia medycznego u danego, imiennie oznaczonego lekarza specjalisty. Termin kolejnej konsultacji/telekonsultacji u tego samego lekarza specjalisty do 20 dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum operacyjnego.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy ubezpieczonego DIA17 (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. 1, Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy DIA17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden DIA17

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 Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DIA17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **Cukrzyca typu 1** – choroba o etiologii autoimmunologicznej, prowadząca do bezwzględnego niedoboru insuliny, powodująca konieczność stałego jej stosowania.
- 2) **Cukrzyca typu 2** – choroba metaboliczna, wymagająca leczenia, charakteryzująca się wysokim stężeniem glukozy we krwi oraz opornością na insulinę lub jej względnym niedoborem i wymagająca leczenia.
- 3) **Diagnoza cukrzycy** – rozpoznanie przez Lekarza w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Rozpoznanie danego rodzaju cukrzycy musi być wskazane w sposób jednoznaczny przez Lekarza w dokumentacji medycznej. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne postacie cukrzycy, w tym także postacie związane z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki, nawet wtedy, gdy wymagają stałego leczenia insuliny.
- 4) **Powikłania cukrzycy** – wystąpienie Niewydolności nerek, Utraty wzroku lub Zespołu stopy cukrzycowej.
- 5) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek będące skutkiem Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2 wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- 6) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę, będąca skutkiem Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- 7) **Zespół stopy cukrzycowej** – zakażenie, owrzodzenie lub martwica tkanek głębokich stopy w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi lub chorobami naczyń obwodowych będące skutkiem Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Ubezpieczenie obejmuje martwicę przodostopia (palców) albo całej stopy ze wskazaniami do amputacji (4 i 5 stopień według klasyfikacji Wagnera).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony obejmuje Diagnozę cukrzycy lub Powikłania cukrzycy, których diagnostyka, rozpoznanie i leczenie nastąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
4. Za dzień zajścia zdarzenia Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy przyjmuje się dzień ostatecznego rozpoznania choroby przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającego zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w Art. 1.

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy są zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, 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 zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie zostanie obliczone według Sumy

ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia
Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy i jest
odpowiednim procentem Sumy ubezpieczenia –
zgodnie z poniższą tabelą:

	% Sumy ubezpieczenia
Diagnoza cukrzycy	100
Powikłania cukrzycy:	
Niewydolność nerek	100
Utrata wzroku	100
Zespół stopy cukrzycowej – za każdą stopę	50

3. W przypadku Diagnozy cukrzycy oraz wystąpienia Powikłania cukrzycy wypłaci łączne świadczenia w maksymalnej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Powikłań cukrzycy Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenia łącznie w maksymalnej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej Diagnozę cukrzycy lub Powikłania cukrzycy:
 - dokumentacji potwierdzającej datę wystąpienia Powikłania cukrzycy lub datę Diagnozy cukrzycy,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Diagnozy cukrzycy lub Powikłania cukrzycy, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Kiedy stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja.
2. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu.
2. Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
4. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Diagnoza cukrzycy lub Powikłania cukrzycy zajdą w okresie Karencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie opłaconych Składek podstawowych z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń, o których mowa w Art. 4 ust.3 i art. 7 ust.4.
2. W przypadku określonym w ust.1 lit. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.


Art. 9 Pozostałe postanowienia


We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie OWU/TRM17/1/2019.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

~~Natomiast postanowienia, o których mowa w art. 10, wchodzić w życie z dniem jej podpisania.~~


Prezes Zarządu


Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

[Redacted signature area]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem CIB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantcie podstawowym (CIB17_A) albo w wariantcie rozszerzonym (CIB17_B) albo w wariantcie pełnym (CIB17_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego

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

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

- rak przedinwazyjny (*carcinoma in situ*)
- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

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

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

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

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

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

e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

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

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

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

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

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

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

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

zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

4. Zakres ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

- a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwsza w życiu operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.
- c) **„Stwardnienie rozsiane”** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.
- d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

- f) **„Szyłkowa niewydolność wątroby”** – sztywna postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczką,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

- g) **„Angioplastyka tętnic wieńcowych”** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficznie potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.
- h) **„Śpiączka”** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających.
- i) **„Choroba Parkinsona”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpielii (bez pomocy innych osób).
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.

- j) „Choroba Creutzfeldta-Jakoba” – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).
- k) „Zakażenie wirusem HIV” – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
 - Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/ skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Nationale-Nederlanden w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
 - Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
- l) „Ciężka sepsa” – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:
- tętno > 2 odchylen standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
 - temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
 - częstość oddechów > 2 odchylen standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
 - poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
 - poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Szpitala prowadzącego leczenie.
5. Zakres ubezpieczenia w wariantcie pełnym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust.3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:
- a) „Choroba Alzheimera lub demencja” – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
- b) „Operacja mózgu” – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.
- c) „Kardiomiopatia” – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV)

klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.

- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:
- schyłkowa niewydolność nerek,
 - schyłkowa niewydolność oddechowa,
 - utrata wzroku,
 - utrata słuchu.
- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
 - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - szybko narastająca żółtaczka,
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).
- Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.

- g) **„Wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna”** – wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:

- usunięcie całego jelita grubego (okrężnicy),
- częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.
- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowa”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) nie wyższe niż 55 mmHg,
 - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwały ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- k) **„Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.
- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,

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

- e) w przypadku wrzodziejącego zapalenie jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.
7. [redacted] ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy [redacted] stosuje Karencje?

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

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

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

6. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
7. ~~Nationale-Nederlanden~~ może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.5.
8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie ~~Nationale-Nederlanden~~ następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania:
 - karty wypisu ze szpitala;
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - 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. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ~~Nationale-Nederlanden~~ okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po ~~użyciu alkoholu albo~~ w stanie nietrzeźwości i przeciwdziałaniu o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału 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,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Poważne zachorowanie nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 4. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność ~~Nationale-Nederlanden~~

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB17_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Narzędzie** kodem CIB17_D.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB17_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

- wodowstręt,
- majaczenie,
- drgawki,
- niepokój.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

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

- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - wykrycie antygeny wirusa żółtej gorączki,
 - wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.
- d) **„Cholera”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygeny O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enetrotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.
- e) **„Gorączka denga”** – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
- bóle głowy,
 - ból pozagałkowy,
 - bóle mięśni,
 - bóle stawów,
 - wysypka,
 - objawy krwotoczne,
 - leukopenia.
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.
- f) **„Dur brzuszny”** – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego *Salmonella typhi*. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
- bóle głowy,
 - względna bradykardia,
 - kaszel,
 - biegunka, zaparcie, ból brzucha.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
- g) **„Malaria”** – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
 - wykryto kwas nukleinowy *Plasmodium spp.* w krwi lub
 - wykryto antygen *Plasmodium spp.*
- h) **„Schistosomatoza”** – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca

z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.

- i) **„Zgorzel gazowa”** – zakażenie przyranne wywołane beztlenową laseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.
- j) **„Neuroborelioza”** – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgoworzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia spp.* z materiału klinicznego,
 - znamienne wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy N [redacted] stosuje Karencje?

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

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w akredytowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na choroby zakaźne jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
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. 5 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia i w jakiej wysokości?

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - 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. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne, które zostało rozpoznane w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

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

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[Redacted text]

[Redacted signature]

[Redacted name]
Członek Zarządu

[Redacted name] CZ
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu HDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE]

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonej kodem HDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Szpital**” – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) „**Pobyt w szpitalu**” – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) „**Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem**” – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) „**Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą**” – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) „**OIOM**” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) „**Dzień pobytu w szpitalu na OIOM**” – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 7) „**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.
- 8) „**Choroba**” – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 9) „**Choroba psychiczna**” – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 10) „**Wady wrodzone**” – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 12) „**Dzienne świadczenie szpitalne**” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

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

Art. 3 Kiedy ~~Ubezpieczony~~ stosuje Karencje

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, ~~Ubezpieczony~~ ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń,

w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.

- b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. ~~Ubezpieczony~~ wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) 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 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu.
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) Chorobą będącą skutkiem spożywania alkoholu,
 - 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) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - i) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - j) 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,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - l) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym

poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

2. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyżeczkowanie jamy macicy,
 - f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - g) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność ~~Nationale-Nederlanden~~ z zastrzeżeniem Art. ust.4.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ~~Nationale-Nederlanden~~ w Umowie Ubezpieczenia Życie S.A. nr 30/2023 z dnia 14 marca 2023 r., wchodzą w życie 28 kwietnia 2023 r.

~~[Signature]~~

Członek Zarządu

~~[Signature]~~

Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17 (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, Art. 6, 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. 7, Art. 8, 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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Nat...~~ kodem HDBH17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HDBH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej zamkniętej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w Szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„Dzień pobytu w Szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Dzień pobytu w Szpitalu na OIOM”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 7) **„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.
- 8) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Pobytu w Szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym ~~Nat...~~

- udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 12) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 - 13) „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. d);
 - 14) „Katalog Świadczeń medycznych” – lista Usług medycznych, przysługujących Ubezpieczonemu wymienionych 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. d);
 - 15) „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;
 - 16) „Placówka medyczna” – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 17) „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.
 - 18) „Program zdrowotny” – zakres Usług medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
 - 19) „Usługa medyczna” – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarskie, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze Warunki Usługi medyczne zostały wymienione w Katalogu świadczeń medycznych;
 - 20) „Świadczenie medyczne” – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. d) polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej Usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne) zgodnie z Katalogiem świadczeń medycznych;
 - 21) „Centrum Świadczeń medycznych” – Towarzystwo

ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.

- 22) „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 nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia;

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia oraz
 - d) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwający co najmniej 10 dni, liczonych od momentu przyjęcia do Szpitala,jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:
 - a) Dzielne świadczenie szpitalne – w przypadku zdarzeń opisanych w ust.2 lit. a)-c),
 - b) Świadczenia medyczne – w przypadku zdarzenia opisanego w ust.2 lit. d).
4. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne w odniesieniu do zdarzeń wskazanych w ust.2 lit a)-c), gdy przed zakończeniem Pobytu w Szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
5. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
6. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę, z zastrzeżeniem iż Usługi medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Kiedy stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.

2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
 3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
 4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, ~~Ubezpieczony~~ ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust.3.
 5. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
 6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.
2. Wysokość Dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
 3. Wysokość Dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez ~~Ubezpieczającego~~ i zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
 4. Wysokość Dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia opisanego w Art. 2 ust.2 lit a-c).
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest Dzielne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
3. ~~Ubezpieczony~~ wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w Szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w Szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - b) 1 dzień – jeżeli Pobyt w Szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego Dnia pobytu w Szpitalu w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w Szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w Szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w Szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w Szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w Szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w Szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w Szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w Szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu

Art. 4 Jakie jest Dzielne świadczenie szpitalne

1. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

- Umowy dodatkowej, N. [REDAKTOWANE] wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. N. [REDAKTOWANE] nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w Szpitalu.
 8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Pobyt w Szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) 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.
 9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit a-c). Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Jak uzyskać Świadczenia medyczne w ramach Programu zdrowotnego?

1. W przypadku Pobytu w Szpitalu trwającego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej co najmniej 10 dni Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, po zakończeniu Pobytu w Szpitalu i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu:
 - 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 karty wypisowej ze Szpitala – kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, przez okres co najmniej 10 dni, lub
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego.
- 3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku numer 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 Ubezpieczony leczyl się dotychczas; lub
 - d) Przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
- 3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 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 wymienione 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 realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
 - c) w formie bezgotówkowej realizacji Usług medycznych, za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - d) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego;
 - 4.2. 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.
 - 4.3. 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.
 - 4.4. 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, wskazanej 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:

- a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem Usługi medycznej,
- b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia” dostępny na stronie www.tuzdrowie.pl lub;
- c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu 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. [redacted] 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) [redacted] a 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 przelane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

5.6. Decyzja o odmowie realizacji Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego lub zmniejszeniu wysokości

świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego, 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:
- f) skontaktować się z Infolinią medyczną;
 - g) uzgodnić termin wykonania Usługi medycznej i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
 - h) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
 - i) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
 - j) przestrzegać terminów wykonania Usługi medycznej 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:

- f) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
- g) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
- h) rodzaj koniecznej pomocy;
- i) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania lekarza;
- j) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.

6.3. Organizacja Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były następstwem:

- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub

- radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
- 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) usiłowania popełnienia samobójstwa,
- i) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
- j) 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,
- k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
- l) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
- m) skutkiem uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub wynikająca ze wskazań medycznych,
- b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
- c) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
- d) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
- e) obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
- f) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
- g) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w Szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 4.
5. Nationale-Nederlanden nie zrealizuje Świadczenia medycznego w formie pieniężnej i bezgotówkowej za Usługi medyczne, wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden w ramach Umowy Ubezpieczeń na Życie SA, wzięły w życie z dniem 14 marca 2023 r., wchodząc w życie 28 kwietnia 2023 r.

Członek Zarządu

Członek Zarządu

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

Do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH17

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 specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie LIMIT 5 USŁUG Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO			Badania laboratoryjne LIMIT 50 USŁUG Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO		
Alergolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Angiolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Proktolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł	Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł	Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł	Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Dermatolog – Wenerolog konsultacja lekarska		80,00 zł	Urolog – Androlog konsultacja lekarska		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł	albumina		
Endokrynolog konsultacja lekarska		80,00 zł			6,00 zł
Gastroenterolog konsultacja lekarska		80,00 zł	alfa – 1 – antytrypsyna		45,00 zł
Ginekolog konsultacja lekarska		80,00 zł	aminokwasy		30,00 zł
Ginekolog – Endokrynolog konsultacja lekarska		120,00 zł	aminotransferaza alaninowa (ALT, ALAT, GPT)		6,00 zł
Hematolog konsultacja lekarska		85,00 zł	aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł
Hepatolog konsultacja lekarska		85,00 zł	amylaza		6,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
Immunolog konsultacja lekarska		80,00 zł	apolipoproteina apo A1		50,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł	apolipoproteina apo B		50,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł	białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
Lekarz chorób zakaźnych konsultacja lekarska		85,00 zł	białko całkowite		6,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł	białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
Nefrolog konsultacja lekarska		85,00 zł	bilirubina bezpośrednia		6,00 zł
Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł	bilirubina całkowita		6,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł	bilirubina pośrednia		6,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł	ceruloplazmina		25,00 zł
Onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł	chlorki		6,00 zł
			cholesterol		6,00 zł
			cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
cholinesteraza	krwinkowa	30,00 zł
cholinesteraza	wątrobowa	30,00 zł
cyjanokobalamina (witamina B12)		20,00 zł
cynk (Zn)		20,00 zł
cystyna/homocystyna		35,00 zł
czynnik reumatoidalny (RF)		10,00 zł
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		10,00 zł
digoksyna		14,00 zł
ferrytyna		20,00 zł
fosfatasa zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
fosfor		6,00 zł
fosforan nieorganiczny		6,00 zł
fosfatasa alkaliczna (ALP)		10,00 zł
fosfatasa kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
fosfatasa kwaśna sterczowa (PAP)		10,00 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
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
triglicerydy (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
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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 ABO 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'a-Jonesa w moczu		50,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
bilirubina w moczu		6,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł
ciała ketonowe 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 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
ołów w dobowej zbiórce 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 ciążowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
wapń całkowity w moczu		6,00 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
krw 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 acetyloholinowa		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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
antygen CA 15-3 (CA15-3)		32,00 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 antygeny 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	włosa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	35,00 zł
cytologia złączeniowa z nosa		30,00 zł
posiew kału		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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 włośnicy 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
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 żółtka (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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
przeciwciała p. gliadynie klasy IgA - AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgG - AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		55,00 zł
przeciwciała p. HAV	frakcja IgM	28,00 zł
przeciwciała p. HAV	poziom całkowity	28,00 zł
przeciwciała p. HBc (całkowite)		28,00 zł
przeciwciała p. Hbe (anty - Hbe)		28,00 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		28,00 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		28,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori		28,00 zł
przeciwciała p. heterofilne		28,00 zł
przeciwciała p. HIV1/HIV2		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe i p. cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. kardiolipin w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. komórkom okładzinowym żółtąka – (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. korze nadnerczy		55,00 zł
przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA		55,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2		55,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)		55,00 zł
przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej (aTPO, anty TPO)		28,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM		55,00 zł
przeciwciała p. receptorom acetylocholin (AChR – Ab)		55,00 zł
przeciwciała p. receptorom TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)		28,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) IgG met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Shigella		28,00 zł
przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		55,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		28,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		28,00 zł
przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		28,00 zł
przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		55,00 zł
przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. tyreoglobulinie		28,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnqtrwydzielniczym 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		50,00 zł
	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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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), dąb (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
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Glista ludzka P1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gluten (Gliadyna) F79	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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. Groch F12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gruszka F94	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gryka F11	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Indyk F284	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jabłko F49	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Osy Vespusa sp. I3	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. Jad Szerszenia Europejskiego I5	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. Jajko całe F245	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jęczmień F6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kakao F93	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. Kawa F221	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kazeina F78	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
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kukurydza F8	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurczak F83	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. Lateks K82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lepidoglyphus Destructor D71	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Leszczyna Pospolita T4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Marchew F31	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. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka pleśni MP1: 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. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76	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. Mleko Krowie F2	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. Musztarda F89	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. Naskórek królika E82	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. 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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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), kurcze 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
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermatophag Farinae D2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ryż 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 wiechłina)	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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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, pCO ₂ , pO ₂)		20,00 zł
Badania radiologiczne (RTG)		
LIMIT 5 USŁUG NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
densytometria	kości udowej	55,00 zł
densytometria	kręgosłup lędźwiowy	55,00 zł
densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	55,00 zł
mammografia	celowane	75,00 zł
mammografia	ogólne	75,00 zł
RTG celowane siodła 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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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 ramiennej	porównawcze projekcja AP obu kości	40,00 zł
RTG kości ramiennej	porównawcze projekcja osiowa obu kości	40,00 zł
RTG kości ramiennej	projekcja AP	40,00 zł
RTG kości ramiennej	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG kości ramiennej	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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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 łąpki	projekcja AP	40,00 zł
RTG łąpki	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 przełyku, 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
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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 pięty boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na pięty 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
RTG zgrzyzowe		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 zuchwy	projekcja AP	40,00 zł
RTG zuchwy	projekcja skośna	40,00 zł
urografia		120,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
LIMIT 2 USŁUG NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
USG		

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
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
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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 tomografii komputerowej (CT, TK)		
LIMIT 1 USŁUGI NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne 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
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
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK jama brzuszna bez kontrastu		190,00 zł
TK jama brzuszna z kontrastem		250,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		190,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		250,00 zł
TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		180,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		230,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu		250,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem		250,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu podudzia		180,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu uda		180,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem podudzia		230,00 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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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 żyłne 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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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)		
LIMIT 1 USŁUGI NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE		
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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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 żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz ocenę żywotności	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
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ręką	300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7, Art. 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem HSHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu spowodowany Chorobą”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„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.
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia.
- 9) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia

życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.

- 11) „**Dzień pobytu w szpitalu na OIOM**” – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu Ubezpieczonego na OIOM. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu na OIOM uważa się okres od przyjęcia na OIOM do końca dnia (do godz. 24.00).
- 12) „**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.

- 13) „**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.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu,
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu,jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną

ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:

- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencje

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 4. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W przypadku częstotliwości innej niż miesięczna w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
4. Karencja, o której mowa w ust.1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust.4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia

- aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpiezonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpiezonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpiezonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 dni – jeżeli Pobyt w szpitalu był spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpiezonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpiezonego ze szpitala. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu, włącznie z dniem wypisania ze Szpitala,
 - b) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony podczas Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM, oraz za dzień wypisania z OIOM, oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy Dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio przed i po zakończeniu Pobytu w szpitalu na OIOM, z uwzględnieniem dnia wypisania ze Szpitala.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.

6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, [REDAKTOWANE] wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpiezonego w szpitalu z wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpiezonego w szpitalu. [REDAKTOWANE] nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpiezonego w szpitalu.

Art. 6 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 Ubezpiezonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - 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. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE]

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpiezonego był następstwem:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeżenie zaleceń lekarza albo poddanie się przez Ubezpiezonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku AHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem AHDB17.


Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem AHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„OIOM”** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii) – wydzielony oddział, pododdział lub sala szpitalna przeznaczona dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 5) **„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.
- 6) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadki AHDB17 (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

obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. [redacted] wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem i trwał co najmniej 1 dzień,

pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,

4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, [redacted] wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. [redacted] nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych 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 [redacted] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [redacted] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:

- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzeń związanych z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez 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,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego Dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. [redacted] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted]

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

Nationale-Nederlanden Ubezpieczenia na Życie [redacted] 2022, wchodzi w życie 26 kwietnia 2023 r.

[redacted]

[redacted]

Członek Zarządu

Członek Zarządu

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Natigrahl Nederland~~ kodem ATHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ATHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 1) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 2) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) **„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.
- 5) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 6) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 8) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB17 (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

- b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 9) „**Statek wodny**” – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkowiec.
- 10) „**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.
- 11) „**Dzienne świadczenie szpitalne**” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Wypadku komunikacyjnego, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Wypadkiem komunikacyjnym,
 - 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. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:
 - a) działań wojennych lub 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, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zaleconych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - f) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - g) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - 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 popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted]

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

[redacted] 2023 r.,
[redacted] 2023 r.

[redacted]
[redacted]
[redacted]
Członek Zarządu Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem WAHDB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WAHDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„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.
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 9) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB17 (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

- b) w czasie pozostawania w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy, c) w czasie trwania podróży służbowej.

W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku przy pracy.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez całą dobę.

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie

szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Wypadkiem przy pracy i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku przy pracy. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 180 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 365 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust.3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - 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,
 - 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 Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. **Nationale-Nederlanden** ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy będący powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego był następstwem:
 - a) działań wojennych lub 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, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 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) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 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.
2. **Nationale-Nederlanden** ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. **Nationale-Nederlanden** nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność **Nationale-Nederlanden**.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

Nationale-Nederlanden w ramach Umowy Ubezpieczeniowej z **Grupa** z dnia 30/2023 z dnia 11 marca 2023 r., w sprawie **Grupa**.


Członek Zarządu


Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_A+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **NR** kodem MSR17_A+.

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 operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR17_A+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa.
Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby, urazu. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku do Warunków.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta.
W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym **NR** udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 6) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą,
 - b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_A+ (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 4, Art. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium całego Świata.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje Karencję?

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

- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

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

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	Procent Sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu tych samych procedur oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie tylko za procedurę medyczną za którą należne jest najwyższe świadczenie. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 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.
1. 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.

2. Jeżeli Operacja związana była z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku [redacted] wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

[redacted]

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
 - 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) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - i) 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,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - k) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu:
 - a) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków i operacji wykonanych ze wskazań medycznych,
 - b) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - d) leczenia związanego niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - e) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - f) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - g) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność [redacted] jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
4. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Operacji, która jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.5 nie stosuje się jeżeli Operacja nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
7. [redacted] ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło 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, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
8. [redacted] wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub

w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność

Natomiast [REDAKTOWANE]

9. [REDAKTOWANE] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

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

[REDAKTOWANE]
w dniu [REDAKTOWANE] 2020 r.

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]
Członek Zarządu

[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego – MSR17_2A+ (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 OWU
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 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

[Redacted signature area]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego MSR17_2A+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~_____~~ kodem MSR17_2A+.

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 operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR17_2A+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – Procedury medyczne przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa.
Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby, urazu. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych i wymienionych w Załączniku-Procedury medyczne.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia,

rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 6) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą,

b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

3. [REDAKTOWANA] ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium całego Świata.

Art. 3 Kiedy [REDAKTOWANA] stosuje Karencje

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

przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,

b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

7. 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. W okresie Karencji [REDAKTOWANA] ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem niniejszej umowy dodatkowej wyłącznie jeżeli zaszły one wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

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

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	Procent Sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

2. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu tych samych procedur medycznych oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, [REDAKTOWANA] wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku – Procedury medyczne Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie tylko za procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
3. W przypadku gdy u Ubezpieczonego zostanie przeprowadzona Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, która nie została wymieniona w Załączniku do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego [REDAKTOWANA] wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust.3 może być wypłacone tylko raz w ciągu jednego roku polisowego.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:
- wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez [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.
3. Jeżeli Operacja związana była z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, została spowodowana lub miała miejsce w następnym:
- działań wojennych lub 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,
 - pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

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

- chorób będących skutkiem spożywania alkoholu,
 - 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,
 - usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 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,
 - nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu [redacted]
- chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków i operacji wykonanych ze wskazań medycznych,
 - chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
 - wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - leczenia związanego niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek,
 - cesarskiego cięcia oraz nacięcie i szycie krocza przy porodzie,
 - Urazu/rany skóry lub tkanki podskórnej.
3. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
4. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza

albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

5. [redacted] nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Operacji, która jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4 nie stosuje się jeżeli Operacja nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło 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, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
8. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted].
9. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

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 [redacted]
Nationale-Nederlanden [redacted]
[redacted]
[redacted]

[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

MSR17_A

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem MSR17_A.

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 operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR17_A podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia skutków Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji wskazanych w Załączniku do Warunków.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi

dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Operacja rozpoczęła się przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. [REDAKTOWANE] Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium całego Świata.

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

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A (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

Kategoria Operacji*	Procent Sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

- Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu tych samych procedur oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem [redacted] wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie tylko za procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawny 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 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.
- Jeżeli Operacja związana była z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku, Nationale-Nederlanden

wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - działań wojennych lub 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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.
- [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
- [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
- [redacted] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było

powodem Operacji, nastąpiło 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, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

5. **Nationale-Nederlanden** wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność **Nationale-Nederlanden**.
6. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.
7. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja została przeprowadzona po 60. dniu, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

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

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

Nationale-Nederlanden, dnia 23 r.,
wchodzi w życie z dniem 2022 r.

Członek Zarządu

Członek Zarządu