

Załącznik – Procedury medyczne do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_A+, Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem MSR17_A oraz Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR17_2A+

Lista Procedur medycznych objętych zakresem ubezpieczenia:

Tkanka mózgowa (A01 – A09)			A33	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	Kategoria III
A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I	Opony mózgowe (A38 – A42)		
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I	A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	Kategoria I	A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II	A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A09	Neurostymulacja mózgu	Kategoria II	A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)			A42	Operacje krwaka nad-i podoponowego	Kategoria II
A12	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	Kategoria III	Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 – A57)		
A13	Rewizja wentrykulostomii	Kategoria III	A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	Kategoria III	A56	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	Kategoria III
A22	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	Kategoria II	A57	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	Kategoria I
Nerwy czaszkowe (A24 – A33)			Nerwy obwodowe (A59 – A67)		
A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I	A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I	A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II	A61	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	Kategoria I	A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I	A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II	Inne części układu nerwowego (A75)		
			A75	Wycięcie nerwu współczulnego	Kategoria III

Przysadka i szyszynka (B01 – B06)

B01	Wycięcie przysadki	Kategoria I
B02	Zniszczenie przysadki	Kategoria II
B04	Wycięcie zmiany w obrębie przysadki	Kategoria II
B06	Operacje szyszynki	Kategoria I

Tarczycza i przytarczycze (B08 – B14)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
B10	Operacje dotyczące przewodu tarczyczo-językowego	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 – B23)

B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
B22	Wycięcie nadnercza(y)	Kategoria III
B23	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	Kategoria III

Sutek (B27 – B35)

B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B28	Kwadrantektomia	Kategoria IV
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
B34	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	Kategoria IV
B35	Operacje brodawki sutkowej	Kategoria IV

Oczodoł (C01 – C06)

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C02	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

Powieka i gruczoł łzowy (C12 – C24)

C12	Wycięcie zmiany w obrębie powieki	Kategoria V
C14	Rekonstrukcja powieki	Kategoria IV
C15	Korekcja deformacji Powieki	Kategoria IV
C24	Operacja gruczołu łzowego	Kategoria IV

Mięśnie oka (C31 – C34)

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria III
C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV

C34	Częściowe rozdzielanie ścięgna mięśnia oka	Kategoria IV
-----	--	--------------

Spojówka i rogówka (C39 – C49)

C39	Usunięcie zmiany spojówki	Kategoria V
C40	Operacja naprawcza spojówki	Kategoria IV
C45	Wycięcie zmiany rogówki	Kategoria IV
C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C48	Usunięcie ciała obcego z rogówki	Kategoria V
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

Twardówka i tęczęwka (C53 – C62)

C53	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	Kategoria IV
C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C57	Usunięcie ciała obcego	Kategoria V
C59	Wycięcie tęczęwki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczęwki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczęwki	Kategoria IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnętrzne wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnętrzne wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
C82	Zniszczenie zmiany siatkówki	Kategoria IV

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D02 – D04)

D02	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	Kategoria IV
D03	Plastyka ucha zewnętrznego	Kategoria III
D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 – D19)

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
D19	Wycięcie zmiany ucha środkowego	Kategoria IV

Nos (E01 – E09)

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E05	Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	Kategoria IV
E06	Tamponada nosa tylna	Kategoria V
E09	Operacje nosa zewnętrznego	Kategoria V

Zatoki przynosowe (E12 – E17)

E12	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	Kategoria IV
E13	Operacja zatoki szczękowej z innego dostępu	Kategoria V
E14	Operacje zatoki czołowej	Kategoria IV
E15	Operacje zatoki klinowej	Kategoria IV
E17	Operacje zatoki sitowej	Kategoria V

Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

Krtani (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E41	Otwarta implantacja protezy tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III
E48	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	Kategoria III

Płuca i śródpiersie (E53 – E63)

E53	Przeszczep płuca	Kategoria I
E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E55	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	Kategoria I
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV

E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III
E63	Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia	Kategoria IV

Wargi (F02 – F03)

F02	Usunięcie zmiany wargi	Kategoria V
F03	Korekcja deformacji wargi	Kategoria V

Język i podniebienie (F22 – F29)

F22	Wycięcie języka	Kategoria III
F23	Wycięcie zmiany w obrębie języka	Kategoria V
F24	Nacięcie języka	Kategoria V
F26	Operacja naprawcza języka	Kategoria V
F28	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	Kategoria V
F29	Korekcja zniekształcenia podniebienia	Kategoria IV

Migdałki i inne części jamy ustnej (F34 – F39)

F34	Wycięcie migdałków podniebiennych	Kategoria V
F36	Wycięcie migdałka gardłowego	Kategoria V
F38	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	Kategoria V
F39	Odtworzenie innej części jamy ustnej	Kategoria IV

Ślinianki (F44 – F55)

F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV
F45	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	Kategoria IV
F50	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	Kategoria IV
F51	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	Kategoria IV
F52	Podwiązanie przewodu ślinianki	Kategoria V
F55	Poszerzenie przewodu ślinianki	Kategoria V

Przełyk (G01 – G14)

G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III
G04	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria III
G05	Zespolenie omijające przełyku	Kategoria II
G06	Rewizja zespolenia przełykowego	Kategoria III
G07	Operacja naprawcza przełyku	Kategoria I
G08	Wytworzenie przetoki przełykowej	Kategoria III
G10	Otwarte operacje żyłaków przełyku	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III
G14	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria V

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G23 – G43)

G23	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	Kategoria IV
G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II
G29	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	Kategoria III
G30	Operacje plastyczne żołądka	Kategoria III
G31	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostom)	Kategoria III
G35	Operacje wrzodu żołądka	Kategoria III
G40	Nacięcie odźwiernika	Kategoria III
G43	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria V

Dwunastnica (G49 – G54)

G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III
G50	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	Kategoria II
G51	Zespolenie omijające dwunastnicę	Kategoria III
G52	Operacje wrzodu dwunastnicy	Kategoria III
G54	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	Kategoria V

Jelito czcze (G58 – G64)

G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
G59	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostom)	Kategoria III
G61	Zespolenie omijające jelito czcze	Kategoria III
G64	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	Kategoria III

Jelito kręte (G69 – G82)

G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G70	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	Kategoria III
G71	Zespolenie omijające jelito kręte	Kategoria III
G73	Rewizja zespolenia jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostom)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostom)	Kategoria III

G76	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	Kategoria III
G79	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	Kategoria III
G82	Wycięcie uchyłka Meckela	Kategoria IV

Wyrostek robaczkowy (H01)

H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV
-----	---	--------------

Okrężnica (H04 – H20)

H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
H08	Wycięcie poprzeczny	Kategoria II
H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H12	Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	Kategoria III
H13	Zespolenie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H17	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H20	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego	Kategoria V

Odbytnica (H33 – H42)

H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
H34	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	Kategoria III
H40	Przezwieraczkowe operacje odbytnicy	Kategoria III
H42	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	Kategoria III

Odbyt i okolica okołodbytowa (H48 – H59)

H48	Operacja szczeliny odbytu	Kategoria V
H49	Operacja ropnia okołodbytniczego	Kategoria V
H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H52	Zniszczenie guzków krwawniczych	Kategoria V
H55	Operacja przetoki okołodbytnicznej	Kategoria V
H59	Wycięcie torbieli włosowej	Kategoria IV

Wątroba (J01 – J10)

J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
J02	Wycięcie płata bądź segmentu wątroby	Kategoria I
J03	Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	Kategoria III

J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria II
J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV
J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV

Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)

J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J19	Zespolecie pęcherzyka żółciowego	Kategoria II
J21	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J24	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 – J49)

J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J28	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	Kategoria III
J29	Zespolecie przewodu wątrobowego	Kategoria I
J30	Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego	Kategoria III
J31	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	Kategoria III
J32	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	Kategoria II
J33	Nacięcie przewodu żółciowego	Kategoria III
J34	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	Kategoria III
J38	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	Kategoria IV
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J49	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV

Trzustka (J54 – J66)

J54	Przeszczep trzustki	Kategoria I
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
J58	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	Kategoria III
J59	Zespolecie przewodu trzustkowego	Kategoria II
J61	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	Kategoria II
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III

J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V
-----	--	-------------

Śledziona (J69)

J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Ściany, przegrody i komory serca (K01 – K20)

K01	Przeszczep serca i płuc	Kategoria I
K04	Operacja naprawcza tetralog Fallota	Kategoria I
K05	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	Kategoria I
K07	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	Kategoria I
K09	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	Kategoria I
K10	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	Kategoria I
K11	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	Kategoria I
K12	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	Kategoria I
K15	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	Kategoria II
K16	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	Kategoria I
K18	Wytworzenie dróg odpływu z serca	Kategoria I
K20	Plastyka przedsionka serca	Kategoria I

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 – K37)

K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	Kategoria I
K29	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	Kategoria I
K30	Rewizja plastyki zastawki serca	Kategoria I
K31	Walwulotomia	Kategoria I
K35	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła	Kategoria II
K37	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	Kategoria I

Tętnice wieńcowe (K40 – K49)

K40	Pomost aortalno-wieńcowy	Kategoria I
K43	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
K45	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna – tętnica wieńcowa	Kategoria I
K47	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	Kategoria I

K49	Przezkórna angioplastyka wieńcowa	Kategoria II
-----	-----------------------------------	--------------

Inne części serca i osierdzie (K52 – K69)

K52	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźoprzewodzącego serca	Kategoria I
K56	Wszczepienie systemu wspomagania serca	Kategoria II
K57	Przeznaczeniowe zabiegi dotyczące układu bódźoprzewodzącego i bódźcotwórczego	Kategoria III
K60	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K61	Inny system rozrusznika serca	Kategoria I
K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV

Duże naczynia i tętnica płucna (L01 – L13)

L01	Operacje złożonych wad wielkich naczyń wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L02	Operacje przetrwałego przewodu tętniczego wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L03	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L05	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II

Tętnica główna (aorta) (L16 – L26)

L16	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	Kategoria I
L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
L22	Rewizja protezy aortalnej	Kategoria I
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L26	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	Kategoria II

Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa (L29 – L39)

L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L31	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	Kategoria II
L33	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	Kategoria I
L35	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	Kategoria II

L37	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	Kategoria I
-----	-------------------------------------	-------------

L39	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	Kategoria II
-----	---	--------------

Odgązlenia aorty brzusznej (L41 – L47)

L41	Odtworzenie tętnicy nerkowej	Kategoria I
L43	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	Kategoria II
L45	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	Kategoria I
L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L54	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	Kategoria II
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III

Inne tętnice (L65 – L75)

L65	Rewizja odtworzonej tętnicy	Kategoria II
L67	Wycięcie innej tętnicy	Kategoria II
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV
L74	Zespolenie tętniczko-żylne	Kategoria IV
L75	Usunięcie zespolenia tętniczko-żylnego	Kategoria IV

Żyły (L82 – L90)

L82	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	Kategoria IV
L90	Usunięcie skrzepliny ze światła żyły otwartą	Kategoria III

Nerki (M02 – M15)

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III
M09	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	Kategoria III

M15	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	Kategoria III
-----	---	---------------

Moczowód (M18 – M32)

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M19	Odprowadzenie moczu przez przetokę	Kategoria II
M20	Ponowne wszczepienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III
M26	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskop	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskop	Kategoria IV
M32	Operacje ujścia moczowodu	Kategoria IV

Pęcherz moczowy (M34 – M43)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M36	Powiększenie pęcherza moczowego	Kategoria II
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego	Kategoria III
M43	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	Kategoria IV

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostata) (M51 – M65)

M51	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	Kategoria III
M56	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	Kategoria IV
M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
M65	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	Kategoria III

Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M72 – M81)

M72	Wycięcie cewki moczowej	Kategoria III
M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
M76	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	Kategoria IV
M81	Operacje ujścia cewki moczowej	Kategoria V

Moszna i jądra (N01 – N11)

N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III

N06	Jednostronne wycięcie jądra	Kategoria IV
N07	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV

Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N15 – N24)

N15	Operacje najądrza	Kategoria IV
N17	Wycięcie nasieniowodu	Kategoria V
N18	Operacja naprawcza powróżka nasiennego	Kategoria II
N19	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	Kategoria IV
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N27	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	Kategoria IV
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V
N30	Operacje napletka	Kategoria V

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

P01	Operacje łechtaczki	Kategoria V
P03	Operacje gruczołów Bartholina	Kategoria IV
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany w obrębie sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	Kategoria V

Pochwa (P14 – P31)

P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P19	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	Kategoria IV
P20	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	Kategoria IV
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
P29	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM)	Kategoria IV
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q20)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
-----	-------------------------	--------------

Q02	Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	Kategoria V
Q05	Częściowa amputacja szyjki macicy	Kategoria V
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q09	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	Kategoria III
Q16	Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metodą histeroskopii	Kategoria IV
Q20	Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	Kategoria IV

Jajowód (Q22 – Q32)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q24	Całkowite wycięcie jajowodu	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q26	Implantacja protezy jajowodu	Kategoria V
Q27	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik. Węzadło szerokie macicy (Q43 – Q47)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	Kategoria III
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V
Q47	Całkowite wycięcie jajnika	Kategoria IV

Skóra (S30 – S37)

S30	Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi	Kategoria IV
S31	Przeszczep skóry w innej okolicy	Kategoria V
S37	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry	Kategoria V

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 – T15)

T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T07	Otwarte wycięcie opłucnej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T12	Nakłucie opłucnej	Kategoria V
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T15	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	Kategoria I

Ściana brzucha (T20 – T30)

T20	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	Kategoria IV
-----	--	--------------

T21	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T22	Pierwotna operacja przepukliny udowej	Kategoria III
T23	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	Kategoria III
T24	Operacja przepukliny pępkowej	Kategoria IV
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria IV
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III
T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria IV
T29	Operacje pępka	Kategoria III
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV

Otrzewna (T33 – T42)

T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III
T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	Kategoria V
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV
T60	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV

Ścięgna (T65 – T71)

T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T71	Wycięcie pochewki ścięgna	Kategoria IV

Mięśnie (T76 – T80)

T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
-----	-------------------	-------------

T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV

Układ limfatyczny (T85 – T94)

T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
T88	Drenaż zmiany węzła chłonnego	Kategoria V
T89	Operacje przewodu limfatycznego	Kategoria II
T94	Operacje kieszonki skrzelowej	Kategoria IV

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V13	Nastawienie złamania kości nosa	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III

Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V52)

V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II
V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego	Kategoria I
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V30	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I

V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III
V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V35	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria III
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II
V52	Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonywane metodą małoinwazyjną	Kategoria IV

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)

W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	Kategoria III

Kości (W05 – W67)

W05	Przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W07	Wycięcie kości ektopowej	Kategoria V
W08	Operacja haluksów	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W18	Drenaż kości	Kategoria IV
W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórnie otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III

W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odczłamy kostne	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV
W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V
W37	Wszczepienie całkowitej protezy stawu biodrowego	Kategoria III
W40	Wszczepienie całkowite protezy stawu kolanowego	Kategoria III
W43	Wszczepienie całkowite protezy innego stawu	Kategoria III
W46	Wszczepienie protezy głowy kości udowej	Kategoria III
W49	Wszczepienie protezy głowy kości ramiennej	Kategoria III
W52	Wszczepienie protezy głowy innej kości	Kategoria III
W54	Wszczepienie protezy innej kości	Kategoria III
W59	Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza)	Kategoria IV
W60	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	Kategoria III
W65	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu	Kategoria III
W67	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu	Kategoria III

Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X09	Amputacja nogi	Kategoria III
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
X13	Amputacja palców częściowa lub całkowita	Kategoria V
X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego STB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Natuno, Netherland~~ kodem STB17.

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 specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem STB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 2) **„Specjalistyczne leczenie”** – procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, polegająca na przeprowadzeniu jednego z następujących zabiegów lub sposobów leczenia: ablacja, chemioterapia albo radioterapia, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca.
- 3) **„Ablacja”** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej albo niskich temperatur (krioablacja) w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
- 4) **„Chemioterapia”** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L wg klasyfikacji ATC.
- 5) **„Radioterapia”** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego. Radioterapia obejmuje też teleradioterapię oraz brachyterapię.
- 6) **„Terapia interferonowa”** – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.
- 7) **„Kardiowerter/defibrylator”** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia.
- 8) **„Rozrusznik serca”** – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ~~Natuno, Netherland~~ Specjalistycznego leczenia polegającego na:
 - a) chemioterapii albo radioterapii,
 - b) terapii interferonowej,
 - c) wszczepieniu kardiowertera/defibrylatora,
 - d) wszczepieniu rozrusznika serca,
 - e) ablacji.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Leczenie specjalistyczne przeprowadzone na terenie całego Świata.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - c) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Art. 3 Kiedy ~~Natuno, Netherland~~ stosuje Karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-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

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia ubezpieczonego STB17 (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 potrącanie ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy





dotatkowej w 2. i kolejnym Okresie rozliczeniowym licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.

4. W czasie Karencji, o której mowa w ust.1, 2 i 3, [redacted] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Specjalistycznego leczenia spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust.4.
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 3 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. 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.4.
3. W przypadku wypłacenia przez [redacted] świadczenia z tytułu Specjalistycznego leczenia, wymienionego w Art. 2 ust.2, odpowiedzialność [redacted] wygasa w zakresie tego Specjalistycznego leczenia. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii [redacted] wypłaca tylko jedno świadczenie.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [redacted] Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie Specjalistycznego leczenia będącego podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 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, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [redacted] okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. [redacted] wypłaci świadczenie z tytułu Specjalistycznego leczenia, które jest następstwem chorób rozpoznanych lub zdiagnozowanych w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Specjalistyczne leczenie zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) czynnego i dobrowolne udział 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.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Specjalistycznego leczenia, 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.3 nie stosuje się jeżeli Specjalistyczne leczenie nastąpił 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 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.
5. [redacted] nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi 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,
- c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 4 ust.3.

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] [redacted]

[redacted] [redacted]

[redacted] [redacted]

[redacted]

Członek Zarządu

[redacted]

Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **National Medical** kodem LHSD17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHSD17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) **„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.
- 3) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność 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
- 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) **„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 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD17 (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

Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia Trwałego uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

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

Art. 3 Kiedy N... stosuje Karencję?

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

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

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia zostanie określone na podstawie Tabeli uszczerbku dla Zawału serca i Udaru mózgu zamieszczonej w niniejszych Warunkach i wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust.2, zostanie wypłacone, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. N... on decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w Art. 5, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek N... onca powinien obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt N... on w autoryzowanych przez N... on placówkach medycznych, w celu określenia, czy trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
5. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej

w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie N... on następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu.
 - 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.
3. 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. N... on nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) 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.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego

uszczerbku na zdrowiu, jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

4. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.3 nie stosuje się jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. [REDAKTION] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.
6. [REDAKTION] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. [REDAKTION] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTION]

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 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

1. 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

[REDAKTION] [REDAKTION] [REDAKTION] [REDAKTION] [REDAKTION]
na życie S.A. [REDAKTION] 20/2022, dnia 14 marca 2023 r.,
wchodzi w życie 20 kwietnia 2023 r.

[REDAKTION]
Członek Zarządu

[REDAKTION]
Członek Zarządu

Tabela uszczerbku dla zawału serca i udaru mózgu

Zawał serca	Procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z wydolnym układem krążenia klasy I wg NYHA w zależności od występowania trwałych zmian w zapisie EKG lub badaniach obrazowych	10 – 15%
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami względnej wydolności krążenia klasy II wg NYHA	20 – 40%
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami niewydolności krążenia klasy III lub IV wg NYHA	40 – 90%
Udar mózgu	Procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu oceniany w oparciu o istniejące objawy lub ubytki neurologiczne mające wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego. Uszczerbek w przedziale 5 – 100% oceniany jest w oparciu o wyniki badania neurologicznego i wyniki badań obrazowych.	5 – 100%

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

LHB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Nationale-Nederlanden~~ kodem LHB17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Trwały uszczerbek na zdrowiu**” – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) „**Choroba**” – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 4) „**Choroba psychiczna**” – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania 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 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

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

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. ~~Nationale-Nederlanden~~ decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w Art. 4 ust.1, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek ~~Nationale-Nederlanden~~ ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczony doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB17 (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

- na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
- Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez [redacted] i stanowiącą załącznik do Warunków.
 - Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [redacted] następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 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,
 - oświadczenia Ubezpieczonego dotyczącego zajścia i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
- Wskazane jest, aby po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w ciągu 7 dni poddał się opiece lekarskiej, a także podjął działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
- 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 [redacted] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

[redacted]

- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,

- zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- samookałeczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych – na linie,
- usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
- prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

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

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu

wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego
zakresem ubezpieczenia.

2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku
do Ubezpieczonego 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

[Redacted]

[Redacted]

Członek Zarządu

[Redacted]

Jacek Koronko
Członek Zarządu

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **Nat** kodem LHBH17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHBH17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Trwały uszczerbek na zdrowiu**” – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Nationale-Nederlanden. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia.
- 3) „**Choroba**” – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym, za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 4) „**Choroba psychiczna**” – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10).
- 5) „**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. b);
- 6) „**Katalog Świadczeń medycznych**” – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków realizowanych na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w Art. 2 ust.2 lit. b);
- 7) „**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;
- 8) „**Placówka medyczna**” – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Usług medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) „**Program zdrowotny**” – zakres Usług medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący przywróceniu lub zachowaniu zdrowia Ubezpieczonego;
- 10) „**Usługa medyczna**” – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych.
- 11) „**Świadczenie medyczne**” – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego o którym mowa w Art. 2 ust.2 lit. b) polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej Usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych;

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, 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. 5, Art. 6, Załącznik nr. 1 „Katalog Świadczeń medycznych”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone 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

- 12) „Centrum Świadczeń medycznych” – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu [REDAKTOWANE] przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
- 13) „Złamanie” – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
- 14) „Zwichnięcie” – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym na okres co najmniej 10 dni. Za Zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych.
- 15) „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.
- 16) „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 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:
 - a) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz
 - b) Złamanie kości lub Zwichnięcie stawu powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem iż Usługi medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 3 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego i w jakiej wysokości

1. Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia określone na podstawie tabeli wskazanej w ust.5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia

obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. [REDAKTOWANE] decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust.8, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt [REDAKTOWANE] w autoryzowanych przez [REDAKTOWANE] Placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczony doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku na zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez [REDAKTOWANE] stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKTOWANE] następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 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,
 - e) oświadczenia Ubezpieczonego dotyczącego zajścia i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
8. Wskazane jest, aby po zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w ciągu 7 dni poddał się opiece lekarskiej, a także podjął działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez [REDAKTOWANE] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTOWANE] okazało

się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 4 Jak uzyskać Świadczenie medyczne z tytułu Złamania kości lub Zwinięcia stawu?

1. W przypadku Złamania kości lub Zwinięcia stawu powstałego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
 2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
 3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Złamania kości lub Zwinięcia stawu na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - 3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
 - a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
 - b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie złamania kości lub zwinięcia stawu, lub
 - c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
 - 3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podstawie wniosku nr telefonu w celu:
 - a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
 - b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
 - c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczyl się dotychczas lub
 - d) przekazania informacji o nieznanu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust.1. 2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieznanu roszczenia Ubezpieczonego.
 - 3.4. Decyzja o nieznanu 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:
 - a) w formie udostępnienia bezgotówkowej realizacji Usług medycznych, Świadczenie medyczne realizowane jest za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
 - b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczenia medycznego;
 - 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, wskazane w Katalogu Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Świadczeń medycznych.
 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 na Portal Ubezpieczonego.
 - 5.2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia” lub przekazanie otrzymanego kodu sms.
 - 5.3. Po otrzymaniu kodu sms za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie

dotychczasowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia takich usług 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 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.

5.5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia”. Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w Roku polisowym nie może przekroczyć 100 000 zł.

5.6. Decyzja o odmowie realizacji Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego, zmniejszeniu wysokości świadczenia lub o przyznaniu Świadczenia medycznego w formie świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ust.5. 5 wraz z uzasadnieniem 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 pokrycia kosztów Usług medycznych Ubezpieczony powinien:

- skontaktować się z Infolinią medyczną;
- uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
- przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
- zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
- przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.

6.2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:

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

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności

- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli: Złamanie kości, Zwichnięcie stawu lub Trwały uszczerbek na zdrowiu, jest następstwem:
 - czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi;
 - 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,
 - samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

2. [REDACTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Złamanie kości lub Zwichnięcie stawu było leczone lub zostało zdiagnozowane przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z tym Złamaniem kości lub Zwichnięciem stawu przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. [REDACTED] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Złamania kości lub Zwichnięcia stawu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. [REDACTED] nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Złamania kości lub Zwichnięcia stawu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlandsen.
5. [REDACTED] nie zrealizuje Świadczenia medycznego w formie pieniężnej i bezgotówkowej za Usługi medyczne, wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego 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

Nat [REDACTED] Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] r.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]
Członek Zarządu

[REDACTED]
Członek Zarządu

Tabela orzecznicza dla oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Załącznik do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (LHB17), trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17, oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (SLHB17)

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
58	Złamania żeber:	
	a) złamanie co najmniej dwóch żeber bez zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1
	b) złamanie co najmniej dwóch żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2-5
	c) złamanie co najmniej dwóch żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności	6-10
	d) złamanie co najmniej dwóch żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	e) złamanie co najmniej dwóch żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
	f) złamanie jednego żebra	0,5

Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62

Załącznik nr 1 Katalog Świadczeń medycznych

Do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z leczeniem powypadkowym LHBH17

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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka podstawowa			Opieka specjalistyczna – zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty			Chirurgia		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł	iniekcja dostawowa		40,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł	leczenie owrzodzeń skórnych		60,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł	leczenie zastrzału powierzchniowego		60,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł	nacinanie i drenaż czyraka		60,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł	nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka		80,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)		35,00 zł	opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		40,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł	punkcja stawów		35,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł	szycie rany		30,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł	unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł	usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		30,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł	wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		160,00 zł
zdejmowanie szwów		15,00 zł	wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		240,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie			założenie sączka		30,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł	założenie/Zdjęcie opatrunku gipsowego		80,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł	założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		50,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł	zdejmowanie szwów		30,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł	zmiana opatrunku		30,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł	zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł	znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł	Laryngologia (Otolaryngologia)		
Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł	koagulacja naczyń przegrody nosa		75,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł	donosowe podanie leku obkurczającego		10,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł	odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		30,00 zł
Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł	opatrunek uszny z lekiem		30,00 zł
Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł	pędzlowanie gardła, jamy ustnej		30,00 zł
Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł	płukanie uszu		30,00 zł
Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł	postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		75,00 zł
Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł			
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł			

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przedmuchiwanie trąbki słuchowej		75,00 zł
punkcja zatok		30,00 zł
usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		35,00 zł
założenie i usunięcie przedniej tamponady		120,00 zł
zdejmowanie szwów		30,00 zł
Okulistyka		
adaptacja do ciemności		35,00 zł
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
badanie pola widzenia (perymetria)		35,00 zł
badanie widzenia przestrzennego		35,00 zł
egzofthalmometria		15,00 zł
gonioskopia		35,00 zł
iniekcja podspojówkowa		20,00 zł
komputerowe badanie wzroku		5,00 zł
płukanie dróg łzowych		20,00 zł
podanie leku do worka spojówkowego		20,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
skiaskopia		35,00 zł
usunięcie ciała obcego z oka		30,00 zł
Ortopedia		
blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
punkcja (zmiany urazowe)		35,00 zł
punkcja (zmiany zapalne)		35,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		40,00 zł
założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		80,00 zł
założenie opaski elastycznej i temblaka		30,00 zł
założenie szyny Kramera		30,00 zł
założenie szyny Zimmera		30,00 zł
założenie/dopasowanie ortozy (bez kosztu ortozy)		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Urologia		
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
płukanie pęcherza moczowego		30,00 zł
Badania laboratoryjne		

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Badania biochemiczne		
albumina		6,00 zł
alfa – 1 – antytyrypsyna		45,00 zł
aminokwasy		30,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		6,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł
amylaza		6,00 zł
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
apolipoproteina	apo A1	50,00 zł
apolipoproteina	apo B	50,00 zł
białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
białko całkowite		6,00 zł
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
bilirubina bezpośrednia		6,00 zł
bilirubina całkowita		6,00 zł
bilirubina pośrednia		6,00 zł
ceruloplazmina		25,00 zł
chlorki		6,00 zł
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 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
fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
fosfor		6,00 zł
fosforan nieorganiczny		6,00 zł
fosfotaza alkaliczna (ALP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
fosfotaza 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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
kwask foliowy		20,00 zł
kwask homowanilinowy (HVA)		35,00 zł
kwask moczowy		6,00 zł
kwask walproinowy		28,00 zł
kwasy żółciowe		50,00 zł
lipaza		12,00 zł
lipidogram		24,00 zł
magnez		6,00 zł
methemoglobina		30,00 zł
mioglobina		28,00 zł
mocznik, azot mocznikowy (pozabiałkowy), BUN		6,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		10,00 zł
olów (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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)	Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
komórki LE		17,00 zł	hemoglobina wolna w moczu		15,00 zł
leukocyty		6,00 zł	immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		80,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł	kadm w moczu		80,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł	katecholaminy w moczu		30,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł	klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		20,00 zł
osmolarność krwi		25,00 zł	koproporfiryny w moczu		40,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh		30,00 zł	kortyzol w moczu		30,00 zł
plazminogen		10,00 zł	kreatynina w moczu		6,00 zł
płytki krwi		6,00 zł	kwask delta-aminolewulinowy w moczu		50,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		20,00 zł	kwask moczowy w moczu		6,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		35,00 zł	kwask wanilinomigdałowy w moczu		50,00 zł
retikulocyty		6,00 zł	liczba Addisa w moczu		10,00 zł
Badania moczu			łańcuchy lekkie kappa w moczu		50,00 zł
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		30,00 zł	łańcuchy lekkie lambda w moczu		50,00 zł
albuminy w moczu		6,00 zł	magnez w moczu		6,00 zł
amylaza w moczu		6,00 zł	metoksykatecholaminy w moczu		50,00 zł
badanie ogólne moczu		6,00 zł	miedź w moczu		45,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł	mikroalbuminuria		6,00 zł
białko Bence'a-Jonesa w moczu		50,00 zł	mocznik w moczu		6,00 zł
bilirubina w moczu		6,00 zł	noradrenalina/adrenalina w moczu		30,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł	ołów w dobowej zbiórce moczu		45,00 zł
ciała ketonowe w moczu		6,00 zł	osmolarność moczu		10,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		3,00 zł	potas w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		40,00 zł	rtęć (Hg) w moczu		50,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		6,00 zł	skład chemiczny kamienia nerkowego		50,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		6,00 zł	sód w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		6,00 zł	test ciężkowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		30,00 zł	wapń całkowity w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 zł	Badania mikrobiologiczne		
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		6,00 zł	antybiogram		20,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		6,00 zł	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	35,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		40,00 zł	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	krew	35,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) -17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		40,00 zł	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	35,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		6,00 zł	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	35,00 zł
glukoza/cukier w moczu		3,00 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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z worka spojówkowego	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze skóry	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze sromu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	mocz	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	nasienie	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	plwocina	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	ropa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	włosy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	35,00 zł
cytologia złuszczeniowa z nosa		30,00 zł
posiew kału		28,00 zł
posiew kału w kierunku pasożytów		28,00 zł
posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella		28,00 zł
posiew krwi	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew moczu		28,00 zł
posiew nasienia		30,00 zł
posiew plwociny	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew plwociny	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew ropy	posiew tlenowy	28,00 zł
posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew beztlenowy	28,00 zł
posiew z pochwy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z cewki moczowej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z gardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z jamy ustnej	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	28,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
Diagnostyka cukrzycy		
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB)		20,00 zł
insulina		22,00 zł
	na czczo	50,00 zł
	po 120 min	50,00 zł
	po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
peptyd C		25,00 zł
Badania radiologiczne (RTG)		
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 siodelka tureckiego		40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	40,00 zł

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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
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

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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP + skośna	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja skośna	40,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja bok	40,00 zł
RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu mostkowo-obojczykowego		40,00 zł
RTG stóp	celowane na kości śródstopia	40,00 zł
RTG stóp	celowane na palce	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę osiowe	40,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP	40,00 zł

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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
EMG – elektromiografia	polineuropatia / miopatia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	pourazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba ischemiczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba miasteniczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	uszkodzenie spłotu	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw czuciowy	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (krótkie odcinki)	80,00 zł
ENG – elektronystagmografia		80,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
USG		
USG dołów podkolanowych		60,00 zł
USG gałek ocznych i oczodołów		60,00 zł
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		60,00 zł
USG jądra i najądrza		60,00 zł
USG krtani		60,00 zł
USG mięśni		60,00 zł
USG nadgarstka		60,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		60,00 zł
USG oka		110,00 zł
USG palca		60,00 zł
USG pęcherz moczowy		60,00 zł
USG piersi		60,00 zł
USG 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 tętnic wewnętrznych czaszkowych		60,00 zł
USG tkanek miękkich		60,00 zł
USG tkanki podskórnej		60,00 zł
USG więzadeł		60,00 zł
USG Dopplerowskie		
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych kk. dolnych	naczynia tętnicze	80,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG – Doppler naczyń żylnych i tętnic kł. dolnych	naczynia żylna	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętnic kł. górnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętnic kł. górnych	naczynia żylna	80,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)		
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/prnia mózgu + angiografia	naczynia żylna i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/prnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/prnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/prnia 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 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
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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
TK oczodołów bez kontrastu		230,00 zł
TK oczodołów z kontrastem		230,00 zł
TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		180,00 zł
TK piramid kości skroniowych z kontrastem		250,00 zł
TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		180,00 zł
TK przysadki mózgowej bez kontrastu		250,00 zł
TK przysadki mózgowej z kontrastem		250,00 zł
TK stawów biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów biodrowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		230,00 zł
TK stawów skokowych bez kontrastu		180,00 zł
TK stawów skokowych z kontrastem		250,00 zł
TK stawu barkowego bez kontrastu		180,00 zł
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
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		300,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		350,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		350,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		350,00 zł
RM angiografia tętnic nerkowych		400,00 zł
RM artrografia nadgarstka		400,00 zł
RM artrografia stawu barkowego		400,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		400,00 zł
RM artrografia stawu łokciowego		400,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		400,00 zł
RM cholangiografia		400,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		300,00 zł
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 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 ręka	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	cała kończyna	300,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w 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 ręka	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 zatok bez kontrastu		300,00 zł
RM zatok z kontrastem		350,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Rehabilitacja ambulatoryjna – 40 zabiegów za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe		
elektroterapia		
elektrostymulacja	mięśni kończyny dolnej	15,00 zł
elektrostymulacja	mięśni kończyny górnej	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup szyjny	15,00 zł
fonoforeza	nadgarstek	15,00 zł
fonoforeza	podudzie	15,00 zł
fonoforeza	przedramię	15,00 zł
fonoforeza	ramię	15,00 zł
fonoforeza	ręka	15,00 zł
fonoforeza	staw barkowy	15,00 zł
fonoforeza	staw biodrowy	15,00 zł
fonoforeza	staw kolanowy	15,00 zł
fonoforeza	staw łokciowy	15,00 zł
fonoforeza	staw skokowy	15,00 zł
fonoforeza	stopa	15,00 zł
fonoforeza	udo	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup szyjny	15,00 zł
galwanizacja	nadgarstek	15,00 zł
galwanizacja	podudzie	15,00 zł
galwanizacja	przedramię	15,00 zł
galwanizacja	ramię	15,00 zł
galwanizacja	ręka	15,00 zł
galwanizacja	staw barkowy	15,00 zł
galwanizacja	staw biodrowy	15,00 zł
galwanizacja	staw kolanowy	15,00 zł
galwanizacja	staw łokciowy	15,00 zł
galwanizacja	staw skokowy	15,00 zł
galwanizacja	stopa	15,00 zł
galwanizacja	udo	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup szyjny	15,00 zł
jonoforeza	nadgarstek	15,00 zł
jonoforeza	podudzie	15,00 zł
jonoforeza	przedramię	15,00 zł
jonoforeza	ramię	15,00 zł
jonoforeza	ręka	15,00 zł
jonoforeza	staw barkowy	15,00 zł
jonoforeza	staw biodrowy	15,00 zł
jonoforeza	staw kolanowy	15,00 zł
jonoforeza	staw łokciowy	15,00 zł
jonoforeza	staw skokowy	15,00 zł
jonoforeza	stopa	15,00 zł
jonoforeza	udo	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	nadgarstek	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	podudzie	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	przedramię	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	ramię	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	ręka	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw barkowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw skokowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	stopa	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	udo	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Tensa	nadgarstek	15,00 zł
prądy Tensa	podudzie	15,00 zł
prądy Tensa	przedramię	15,00 zł
prądy Tensa	ramię	15,00 zł
prądy Tensa	ręka	15,00 zł
prądy Tensa	staw barkowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw skokowy	15,00 zł
prądy Tensa	stopa	15,00 zł
prądy Tensa	udo	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Traeberta	nadgarstek	15,00 zł
prądy Traeberta	podudzie	15,00 zł
prądy Traeberta	przedramię	15,00 zł
prądy Traeberta	ramię	15,00 zł
prądy Traeberta	ręka	15,00 zł
prądy Traeberta	staw barkowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw skokowy	15,00 zł
prądy Traeberta	stopa	15,00 zł
prądy Traeberta	udo	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup szyjny	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	nadgarstek	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	podudzie	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	przedramię	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ramię	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ręka	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw barkowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw biodrowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw kolanowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw łokciowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw skokowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	stopa	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	udo	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ramię	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ręka	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw barkowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw biodrowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw kolanowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw łokciowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw skokowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	stopa	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	udo	15,00 zł
hydroterapia		
masaż perełkowy		15,00 zł
masaż podwodny		15,00 zł
masaż wirowy		15,00 zł
kinezyterapia		
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		15,00 zł
ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		15,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	kręgosłup lędźwiowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	kręgosłup piersiowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	kręgosłup szyjny	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	nadgarstek	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	podudzie	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	przedramię	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	ramię	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	ręka	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	staw barkowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	staw biodrowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	staw kolanowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	staw łokciowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	staw skokowy	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	stopa	30,00 zł
ćwiczenia ind. instruktazowe	udo	30,00 zł
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach	15,00 zł
wyciąg trakcyjny	wyciąg trakcyjny	15,00 zł
krioterapia		
krioterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
krioterapia miejscowa	nadgarstek	15,00 zł
krioterapia miejscowa	podudzie	15,00 zł
krioterapia miejscowa	przedramię	15,00 zł
krioterapia miejscowa	ramię	15,00 zł
krioterapia miejscowa	ręka	15,00 zł

Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
krioterapia miejscowa	staw barkowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw biodrowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw kolanowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw łokciowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	stopa	15,00 zł
krioterapia miejscowa	udo	15,00 zł

laseroterapia

laseroterapia punktowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
laseroterapia punktowa	nadgarstek	15,00 zł
laseroterapia punktowa	podudzie	15,00 zł
laseroterapia punktowa	przedramię	15,00 zł
laseroterapia punktowa	ramię	15,00 zł
laseroterapia punktowa	ręka	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw barkowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw biodrowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw kolanowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw łokciowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw skokowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	stopa	15,00 zł
laseroterapia punktowa	udo	15,00 zł

magnetoterapia

impulsy Magnetus	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	kręgosłup szyjny	15,00 zł
impulsy Magnetus	nadgarstek	15,00 zł
impulsy Magnetus	podudzie	15,00 zł
impulsy Magnetus	przedramię	15,00 zł
impulsy Magnetus	ramię	15,00 zł
impulsy Magnetus	ręka	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw barkowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw biodrowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw kolanowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw łokciowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw skokowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	stopa	15,00 zł
impulsy Magnetus	udo	15,00 zł

światłolecznictwo

promienie UV		15,00 zł
Sollux		15,00 zł

terapia ultradźwiękami

ultraterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	nadgarstek	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	podudzie	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	przedramię	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	ramię	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	ręka	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw barkowy	15,00 zł


Nazwa usługi realizowana w ramach Programu Zdrowotnego	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
ultraterapia miejscowa	staw biodrowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw kolanowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw łokciowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	stopa	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	udo	15,00 zł

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR17 (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. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez  kodem PDR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Trwałe inwalidztwo**” – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 2) „**Trwałe częściowe inwalidztwo**” – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 3) „**Trwałe całkowite inwalidztwo**” – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 4) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, 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.
- 5) „**Utrata**” – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 6) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 7) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 8) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 9) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 10) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem

ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

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

1. Z zastrzeżeniem ust.2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - a) sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - c) wyższej z kwot, o których mowa w pkt a) oraz b), jeżeli zachodzą przesłanki do uznania uszkodzenia ciała Ubezpieczonego jednocześnie za Trwałe częściowe inwalidztwo oraz za Trwałe całkowite inwalidztwo.
2. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z Nieszczęśliwych wypadków.

3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nastąpiło Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Trwałe inwalidztwo częściowe	Procent Sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni (włącznie z kciukiem)	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Nationale-Nederlanden będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie ~~Nationale-Nederlanden~~ następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - 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.
4. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez ~~Nationale-Nederlanden~~ zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w aktywnościach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - 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 przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. ~~Nationale-Nederlanden~~ nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzył 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 Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzył 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~~ wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzył się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

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 świadczenia, o której mowa w Art. 3 ust.1 pkt a) oraz c),
 - d) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) i d) w stosunku do Ubezpieczonego 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

~~Nationale-Nederlanden~~ w sprawie Umowy ubezpieczenia na życie, SA ~~Nationale-Nederlanden~~ z dnia 14 listopada 2019 r., ~~Nationale-Nederlanden~~ r.

~~Nationale-Nederlanden~~

~~Nationale-Nederlanden~~
Członek Zarządu

~~Nationale-Nederlanden~~
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR17+ (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. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub, poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR17+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~_____~~ kodem PDR17+.

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 trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR17+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Trwałe inwalidztwo**” – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 2) „**Trwałe częściowe inwalidztwo**” – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 3) „**Trwałe całkowite inwalidztwo**” – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałe, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 4) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, 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) „**Utrata**” – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 6) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 7) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 8) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 9) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 10) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku

Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą ~~...~~ wskazaną w Art. 3 ust.3) oraz nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygaśa.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

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

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie:
 - a) jednorazowej wypłaty w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) regularnych wypłat równych miesięcznych świadczeń przez okres pięciu lat, których łączna kwota stanowi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
 - nastąpiło Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub

- nastąpiło Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że stopień inwalidztwa wynosi łącznie co najmniej 40% zgodnie z tabelą ~~...~~ wymienioną w ust.3.

2. Pierwsze świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust.1 b), zostanie wypłacone jednocześnie ze świadczeniem jednorazowym, o którym mowa w ust 1 a).
3. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden ustali stopień inwalidztwa zgodnie z tabelą poniżej.

Trwałe inwalidztwo częściowe	Procent Sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk)	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek ~~...~~ Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt ~~...~~ w autoryzowanych przez ~~...~~ placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie ~~...~~ następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego inwalidztwa,
 - d) orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - 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.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności 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

- Nationale-Nederlanden
1. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) 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) 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 przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. [redacted] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzył 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 Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzył 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 Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzył się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [redacted].

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 50% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego 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

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

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

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB17 (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 rekonwalescencji ubezpieczonego CDB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [redacted] kodem CDB17.

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 rekonwalescencji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CDB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez [redacted] wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 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) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym [redacted] 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.
- 4) **„Dzienne świadczenie”** – kwota określona w polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej [redacted]
- 5) **„Rekonwalescencja”** – pobyt na zwolnieniu lekarskim trwający nieprzerwanie i maksymalnie 30 dni, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy

dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w ust.1.

- 6) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony 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).

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Rekonwalescencję Ubezpieczonego, o ile:
 - a) miała ona miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - b) należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w Art. 1 ust.1,
 - c) pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust.2 pkt. b), trwał co najmniej 14 dni.
3. W czasie Rekonwalescencji Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu Rekonwalescencji:
 - 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 przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy [redacted] stosuje Karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja, z zastrzeżeniem ust.2 i 3.
2. W przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składki, w stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy

dotatkowej 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 Rekonwalescencji Ubezpieczonego spowodowanej 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 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość dziennego świadczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej

zmiany przez ~~N~~ z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.

4. Wysokość dziennego świadczenia 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 zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego jest Dienne świadczenie obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, którego ostatni dzień bezpośrednio poprzedzał Rekonwalescencję Ubezpieczonego. W okresie karencji, o którym mowa w Art. 3 ust.1 i 2, dzienne świadczenie wynosi 0 zł, z zastrzeżeniem Art. 3 ust.3.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości Dziennego świadczenia za każdy dzień Rekonwalescencji Ubezpieczonego.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego przysługuje maksymalnie za okres 30 dni Rekonwalescencji w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 90 dni Rekonwalescencji liczony jako suma jednorazowych rekonwalescencji.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ~~Ubezpieczonego~~ ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - kopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego,
 - 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 14 dni po otrzymaniu przez ~~N~~ zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. ~~N~~ wypłaci świadczenie, jeżeli Rekonwalescencja Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio po Pobycie w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Rekonwalescencja 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 Rekonwalescencja 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.
2. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Rekonwalescencja rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność

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 zjednoczeniu ubezpieczeniowym na życie w Polsce, z siedzibą w Warszawie, ul. Żurajska 10, 01-610 Warszawa, w dniu 10 października 2010 r., w siedzibie w Warszawie, ul. Żurajska 10, 01-610 Warszawa.



Michał Krawiec
Członek Zarządu



Jan Krawiec
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR17 (OWU)

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

[Redacted text]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez [REDAKTOWANE] kodem MCR17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MCR17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu” – każda Umowa dodatkowa oferowana przez [REDAKTOWANE] wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 2) „Ubezpieczenie lekowe” – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów i leków zaleconych lub przepisanych przez Lekarza, w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, przysługujące Ubezpieczonemu po Pobycie w szpitalu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w rozumieniu Umowy dodatkowej dotyczącej Pobytu w szpitalu.

Art. 3 Kiedy [REDAKTOWANE] 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, [REDAKTOWANE] ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6.
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. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie zostanie wypłacone nawet jeśli Lekarz nie zaleci, ani nie przepisze, żadnych leków i produktów.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. N wypłaci świadczenie na tych samych zasadach i po spełnieniu tych samych warunków jakie wskazane są do otrzymania świadczenia z Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu.
2. Podstawą wypłaty jest przedstawienie dokumentów wymaganych przy Umowie dodatkowej dotyczącej Pobytu w szpitalu.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, zgodnie z zapisami dotyczącymi wyłączenia odpowiedzialności i wyłączającymi możliwość wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Pobytu w szpitalu.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.

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, dnia 28 września 2019 r., wchodzą w życie z dniem 19

Członek Zarządu

Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w sanatorium mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez **N** kodem SSB17.

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 sanatorium (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SSB17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu**” – każda Umowa dodatkowa oferowana przez Nationale-Nederlanden wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 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) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym **N** 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 pochylecia
- 4) „**Sanatorium**” – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład leczenia zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium, o ile:
 - a) został on potwierdzony dokumentacją medyczną,
 - b) należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w Art. 1 ust.1,
 - c) pobyt w Sanatorium jest związany bezpośrednio ze świadczeniem, o którym mowa w pkt. b).
3. Potwierdzenie, o którym mowa w ust.2 pkt a), musi nastąpić w okresie, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. **N** ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy **N** 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, **N** ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB17 (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

- w sanatorium spowodowanego 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), wygasa 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.
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - kopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego.
 - skierowania na leczenie uzdrowiskowe wystawionego przez lekarza i potwierdzonego przez osobę upoważnioną przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Sanatorium,
 - 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 14 dni po otrzymaniu przez [REDAKTION] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKTION] okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. [REDAKTION] wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium był w bezpośrednim związku z Pobytem w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. [REDAKTION] nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli potwierdzenie skierowania do Sanatorium przypadnie po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli potwierdzenie skierowania do Sanatorium nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
2. [REDAKTION] nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność [REDAKTION]

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu potwierdzenia skierowania do Sanatorium.
3. W ciągu całego roku polisowego Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie jedno świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w Sanatorium uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w Warunkach Umowy głównej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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, zatv. [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted] nr 007/2019 z dnia 28 [redacted]
wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

[redacted]
[redacted]
Członek Zarządu Członek Zarządu

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Nationale-Nederlanden~~ kodem PDW17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDW17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Niezdolność do pracy**” – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
 - 1) a) „**Niezdolność do samodzielnej egzystencji**” – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - mycie,
 - ubieranie się,
 - odżywianie,
 - poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - kontrola czynności fizjologicznych.
- 2) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało

miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków 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.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW17 (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. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wydarzył się w okresie zawieszenia opłacania Składek lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność

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 świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust.1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 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 66/2019 z dnia 28 listopada 2019 r., wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2019 r.

Michał Hucal
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

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

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W uzasadnionych przypadkach **Nationale-Nederlanden** może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 1 pkt 1.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

Na wniosek **Nationale-Nederlanden** ubezpieczony ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt **Nationale-Nederlanden** w autoryzowanych przez **Nationale-Nederlanden** placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do pracy po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie **Nationale-Nederlanden** następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji,
 - d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - 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.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez **Nationale-Nederlanden** zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności **Nationale-Nederlanden** okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności

1. **Nationale-Nederlanden** nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) 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) 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 przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. **Nationale-Nederlanden** ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzył 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 Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzył się w okresie 30 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 Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17 (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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD17

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ~~Nationale-Nederlanden~~ kodem TPD17.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM17, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPD17 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 1) a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”**
 - trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - mycie,
 - ubieranie się,
 - odżywianie,
 - poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - kontrola czynności fizjologicznych.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu

Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.

- 3) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 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.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu,

rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a których przyczyną była Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek.

- c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).
3. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 10 ust.1 pkt b) Warunków Umowy głównej,
- b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy [REDAKT] stosuje Karencję?

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

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpiezonego?

Na wniosek [REDAKT] Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt [REDAKT] w autoryzowanych przez [REDAKT] placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowania Choroby będących przyczyną Niezdolności Ubezpiezonego do pracy lub Niezdolności Ubezpiezonego do samodzielnej egzystencji.

3. W uzasadnionych przypadkach [REDAKT] może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 1 pkt 1.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpiezonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie [REDAKT] następujących dokumentów:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
- b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego,
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji.
- d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
- 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.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez [REDAKT] zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności [REDAKT] okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku [REDAKT] wypłaci świadczenie, jeżeli do Nieszczęśliwego wypadku doszło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności [REDAKT]

1. [REDAKT] nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpiezonego do pracy lub Niezdolność Ubezpiezonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym,

spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,

- d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - h) 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) 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,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji, jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2 nie stosuje się jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji nastąpiła po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się

w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd

Nationale-Nederlanden w Polsce S.A. ul. [redacted] 00-100 Warszawa, dnia 2019 r.
Wchodzi w życie z dniem [redacted] r.

[redacted]
Członek Zarządu

[redacted]
Członek Zarządu