

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania

nr OWU/CIR7/1/2021



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

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

Spis treści

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

Informacje dotyczące:

Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania
nr OWU/CIR7/1/2021 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

| | |
|--|--------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia. | Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art. 8 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia. | Art. 8, Art. 9 |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. | Nie dotyczy |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje. | Nie dotyczy |

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania

nr OWU/CIR7/1/2021

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

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

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

Definicje Poważnych chorób

- a) **Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę.

Rozpoznanie musi być oparte na:

znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium

i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników

- objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
- wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

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

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

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

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

- c) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- d) **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** zabieg angioplastyki, aterektonii lub wszczęcia stentu w celu korekcji minimum 50%-ego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi:
- powodować pogorszenie funkcji komory lub
 - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie, poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
 - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
- e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- f) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba (lub jej części), nerka, trzustka
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- g) **Nowotwór złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A - zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer)

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

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

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

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

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

Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

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

Art. 6 W jaki sposób można zmienić Sumę ubezpieczenia?

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

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

Jak mam rozumieć wielokrotną wypłatę świadczenia?

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

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

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

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

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

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

Art. 8 Co należy zrobić abyśmy wypłacili Świadczenie?

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

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Poważna choroba jest następstwem:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
 - b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: alkoholowa choroba wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki wywołane alkoholem, alkoholowe zapalenie żołądka, kardiomiopatia alkoholowa, miopatia alkoholowa, polineuropatia alkoholowa, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane użyciem alkoholu.
2. Nie wypłacimy pieniędzy, w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Poważnej choroby w ciągu 30 dni od dnia jej zajścia.

Art. 10 Zastosowanie Warunków umowy głównej

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

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



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu