

Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi

Ogólne warunki ubezpieczenia TRM14

Spis treści

Q&A dla ubezpieczeń grupowych	4	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem SADR14	48
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nr OWU/TRM14/1/2015	8	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT14	50
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR14	20	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku SLHB14	52
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT14	22	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR14	55
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR14	24	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB14	59
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR14	26	Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB14	68
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR14	28	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB14_D	71
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR14+	31	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB14	75
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW14	34	Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB14	84
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD14	37	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB14_D	87
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB14	40	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB14	91
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD14	43	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB14	96
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB14	46	Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku AHDB14	100

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB14	103
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB14	106
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB14.....	109
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB14.....	113
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB14.....	116
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia ubezpieczonego STB14.....	119
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR14	122
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu SHDB14.....	124
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu wskutek niez szczęśliwego wypadku SAHDB14.....	128
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu CHDB14	131
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu wskutek niez szczęśliwego wypadku CAHDB14	135
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR14_A+	138
Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej niez szczęśliwym wypadkiem MSR14_A.....	142
Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR14_A+ oraz Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej niez szczęśliwym wypadkiem MSR14_A.....	145

Q&A dla ubezpieczeń grupowych

Inwestowanie w ramach ubezpieczenia grupowego to bardzo dobra perspektywa na przyszłość dzięki środkom, które inwestujesz dzisiaj.

Jakie są główne korzyści z ubezpieczenia z opcją inwestycyjną?

Możliwość regularnego inwestowania pieniędzy, z przeznaczeniem na dowolny cel.

Wypłata 100% Wartości Rachunku w przypadku wypłaty środków:

- po przejściu na emeryturę z ubezpieczenia społecznego Ubezpieczonego,
- wraz z wypłatą świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego,
- na rachunek utworzony w ramach innego z produktów oferowanych przez Ubezpieczyciela,
- wraz z wypłatą świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- od 6. Roku polisowego.

Możliwość inwestowania w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe o różnym poziomie ryzyka, jak również w nowe fundusze NN Perspektywa przeznaczone dla osób, które zarządzanie inwestycją chcą całkowicie oddać w ręce specjalistów.

Możliwość inwestowania nieregularnych nadwyżek finansowych poprzez wpłacanie Składki lokacyjnej nieregularnej, co zwiększa kapitał, a jednocześnie daje swobodę wpłat i wypłat w dowolnym momencie.

Dla kogo jest opcja inwestycyjna?

Dla każdego Ubezpieczonego, który jest zdecydowany regularnie inwestować pieniądze, na przykład na swoją emeryturę.

Jak długo trwa Ubezpieczenie?

Ubezpieczenie grupowe to długoterminowy plan ochronno-inwestycyjny. Umowa główna w ramach Umowy Ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony. Pamiętaj jednak, że ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na rok i co roku jest odnawiana decyzją Nationale-Nederlanden i Pracodawcy. Inwestycja zaś ma charakter długoterminowy i powinna trwać przez okres nie krótszy niż 10 lat, aby była efektywna. Planując zatem swoją inwestycję pamiętaj, że Umowa ubezpieczenia może zostać decyzją Pracodawcy rozwiązana przed upływem okresu jaki zaplanowałeś dla swojej inwestycji. Umowy dodatkowe są zawsze jednoroczne.

Co się stanie z moimi pieniędzmi, jeśli odejdę z Ubezpieczenia lub gdy Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana?

Jeśli zrezygnujesz z Ubezpieczenia, przestaniesz być Pracownikiem lub Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana:

- wartość Rachunku zostanie wypłacona w całości na Twój wniosek; pamiętaj, że w pierwszych 5. latach pobierana jest opłata za wypłatę;
- wartość Rachunku obliczana jest jako łączna wartość Funduszy w których miałeś zaalokowane środki. Wartość Funduszu obliczana jest po cenie sprzedaży Jednostki uczestnictwa ustalonej podczas 3. dnia wyceny Jednostek uczestnictwa następującej po dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- należna w pierwszych 5. latach polisowych opłata za wypłatę z Rachunku nie zostanie pobrana, o ile zdecydujesz się przenieść wartość Rachunku do innego produktu z oferty Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A.

Jak są inwestowane pieniądze?

Za Składki lokacyjne kupowane są Jednostki uczestnictwa wskazanych przez Ciebie Funduszy dostępnych w ramach Umowy ubezpieczenia. Zależnie od tego, czy Składkę finansujesz Ty, czy Twój Pracodawca, dla każdego z Subkont w ramach Rachunku wybrane mogą być różne Fundusze. Możesz też zdecydować o innych Funduszach dla Składki lokacyjnej regularnej i nieregularnej.

Czy mogę inwestować więcej niż zadeklarowałem na początku?

Oczywiście, w każdej chwili możesz podwyższyć Składkę lokacyjną. Ważne, abyś nas o tym poinformował za pośrednictwem Pracodawcy, wskazując ile chcesz wpłacać, aby mógł on w Twoim imieniu naliczyć i przekazać nam Składkę. Jeśli zechcesz jednorazowo zainwestować dodatkowe pieniądze, zgłoś Pracodawcy, by także i te pieniądze wpłacił w Twoim imieniu wraz ze Składką regularną.

Czy można zmienić sposób inwestowania?

W dowolnym momencie możesz zdecydować, że chcesz inwestować pieniądze inaczej, niż wcześniej zadeklarowałeś – zmieniając podział składek pomiędzy Fundusze. Możesz także przenieść już zgromadzone środki do innego Funduszu. Trzy pierwsze takie zmiany w danym Roku polisowym są bezpłatne. Pamiętaj, że Twoja dyspozycja zostanie zrealizowana szybciej, jeśli prześlesz ją bezpośrednio do nas. Przekazanie dyspozycji Pracodawcy może spowodować, że dotrze ona do nas później niż się spodziewałeś.

A jeśli potrzebuję wypłacić część pieniędzy...?

Jeżeli okaże się, że nagle potrzebujesz pieniędzy, to możesz je wypłacić z Twojego Rachunku, chyba że Umowa ubezpieczenia zawarta przez Pracodawcę przewiduje inne zasady wypłat – jeśli Pracodawca finansuje Składkę ze swoich środków, pieniądze można wypłacić dopiero po upływie 5 lat podatkowych. Wypłata z Rachunku jest obciążona opłatą przez pierwsze 5 lat. Dokładną informację na ten temat znajdziesz w Tabeli limitów i opłat. Pamiętaj, że z dokonywanej wypłaty potrącimy podatek od dochodów kapitałowych.

...lub czasowo nie mam pieniędzy na finansowanie składek?

Zawirowania finansowe zdarzają się często. Dlatego w każdym momencie możesz wstrzymać inwestowanie nowych środków rezygnując z finansowania Składki lokacyjnej. Powiadom tylko Pracodawcę, od jakiego momentu ma zaprzestać naliczania od Twojego wynagrodzenia należnej Składki lokacyjnej. Jeśli Twoja sytuacja materialna się poprawi i ponownie zechcesz finansować Składkę powiadom Pracodawcę, od jakiego momentu ma ją ponownie pobierać z Twojego wynagrodzenia.

Czy mogę zrezygnować z opcji inwestycyjnej?

W każdej chwili możesz zrezygnować z opcji inwestycyjnej. Powiadom tylko Pracodawcę, od jakiego momentu ma zaprzestać naliczania od Twojego wynagrodzenia należnej Składki lokacyjnej. Składając rezygnację powinieneś złożyć wniosek o wypłatę.

Co w przypadku, gdy moją inwestycję przerwie śmierć? Jak będą zabezpieczone najbliższe mi osoby?

W razie śmierci osoby ubezpieczonej, Nationale-Nederlanden wypłaci osobom uposażonym świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia oraz Wartość Rachunku. Gdy Ubezpieczony nie wskaże Uposażonych pieniądze otrzymają jego spadkobiercy.

Jakie dokumenty są potrzebne, żeby wypłacić pieniądze z rachunku?

Informacje o tym, jak wypłacić część zainwestowanych wcześniej pieniędzy znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia. Do każdego wniosku należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, np. dowodu osobistego. Pamiętaj, że przysyłając wniosek o wypłatę do Nationale-Nederlanden możesz oczekiwać szybszej jego realizacji.

Co to jest strategia inwestycyjna i jak mogę ją kształtować?

Strategia inwestycyjna to dobór Funduszy, w które chcesz inwestować swoje środki. W zależności od tego, czy jesteś inwestorem ostrożnym, umiarkowanym, czy też dynamicznym, Twoja strategia inwestycyjna może być inna i dopasowana do Twoich potrzeb. Gdy o inwestycji chcesz decydować samodzielnie, ważne, byś nie podejmował nadmiernego ryzyka i w miarę zbliżania się do terminu, w którym planujesz zakończenie inwestycji, stopniowo zmniejszał ryzyko inwestycyjne. W przypadku braku doświadczenia lub ochoty na samodzielne zarządzanie, dajemy Ci możliwość skorzystania ze specjalnego rozwiązania NN Perspektywa.

W ramach NN Perspektywa wskazujesz, jak długo chcesz inwestować i na tej podstawie dobierany jest dla Ciebie odpowiedni Fundusz. W tych Funduszach, wraz ze zbliżaniem się do końca okresu inwestycji, stopniowo zmienia się zaangażowanie Twoich środków w akcje w papiery bezpieczne.

Jeśli zakładasz, że będziesz potrzebował pieniędzy w pierwszych latach inwestycji (np. za 3-5 lat) to zadbaj, aby były one zainwestowane w Fundusze bezpieczne, o niskim poziomie ryzyka.

Jak może przebiegać moja inwestycja w przyszłości?

Inwestowanie w Fundusze wiąże się z ryzykiem. Inwestując w Fundusze wysokiego ryzyka można zarobić więcej, ale też ryzyko straty jest większe, w przypadku Funduszy bezpiecznych jest odwrotnie – potencjalny zysk jest niższy, ale i ryzyko straty jest mniejsze. W Propozycji ubezpieczenia prezentujemy przykładową symulację, jak może przebiegać inwestycja w zależności od tego, w jakie Fundusze (niskiego, średniego, wysokiego ryzyka) będą inwestowane środki i jaki scenariusz zdarzeń będzie miał miejsce (optymistyczny, neutralny, pesymistyczny).

Jest możliwe uzyskanie wyników wyższych niż zakładane w scenariuszu optymistycznym, jak i mniejszych niż zakładane w scenariuszu pesymistycznym. Inwestując w Fundusze należy również pamiętać, że Nationale-Nederlanden nie gwarantuje uzyskania wyników na określonym poziomie.

Przed wypełnieniem i podpisaniem deklaracji o ubezpieczenie należy zapoznać się z opisem oferowanych Funduszy i ich charakterystyką (polityką inwestycyjną i poziomem ryzyka) zamieszczoną w Opisie Funduszy.



Jakie opłaty są pobierane w trakcie trwania polisy?

W opcji inwestycyjnej pobierane są tylko dwie opłaty: za zarządzanie oraz za wypłatę (w pierwszych pięciu latach). Informację na temat wysokości tych opłat znajdziesz w Tabeli limitów i opłat.

Czy NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. (TFI) pobiera opłatę za zarządzanie funduszami? Czy mogę jej uniknąć?

Opłata za zarządzanie jest pobierana przez NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., a jej wysokość dla każdego funduszu docelowego jest różna i dostępna jest na stronie www.nntfi.pl. Nie jest możliwe uniknięcie pobierania opłaty przez TFI. Nationale-Nederlanden, tak samo jak wszystkie Zakłady Ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia powiązane z UFK, korzysta z usług specjalistów od inwestowania. Fundusze UFK co do zasady lokują swoje środki w tzw. Fundusze docelowe. Są to tradycyjne Fundusze Inwestycyjne Otwarte (FIO) lub Specjalistyczne Fundusze Inwestycyjne Otwarte (SFIO) zarządzane przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych. Nazwy Funduszy docelowych, w które lokują swoje środki UFK podane są w Opisie Funduszy.

Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania reklamacji?

Jako Nationale-Nederlanden dochowujemy wszelkich starań, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. W przypadku zastrzeżeń dotyczących naszych usług, Klienci mogą zwrócić się do nas w dowolnej formie: telefonicznie, listownie, drogą elektroniczną, poprzez serwis internetowy, za pośrednictwem przedstawiciela, czy pracownika naszej placówki.

Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z tytułu Umowy ubezpieczenia może złożyć skargę na działanie Nationale-Nederlanden. Odpowiedzi na skargę udzielane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie reklamacji nie jest możliwe w tym terminie, zgłaszający jest o tym informowany. Skarga w sprawie związanej z umową może zostać także złożona do Rzecznika Ubezpieczonych lub Komisji Nadzoru Finansowego. Reklamacje Klientów są wnikliwie rozpatrywane. Wszelkie opinie naszych Klientów są dla nas bardzo cenne, ponieważ wpływają na jakość naszych usług i standardów obsługi.

Jak możesz się z nami skontaktować?

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40
z telefonu komórkowego: 22 522 71 24
e-mail: info.grupowe@nn.pl

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nr OWU/TRM14/1/2015

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem TRM14.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nr OWU/TRM14/1/2015 (dalej: Warunki), w Polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Nationale-Nederlanden i która zobowiązała się do opłacania Składki całkowitej.
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy głównej.
- 4) **„Współubezpieczony”** – Małżonek, Partner, pełnoletnie Dziecko, przystępujący obok Ubezpieczonego do Ubezpieczenia. Postanowienia Warunków dotyczące Ubezpieczonego stosuje się do Współubezpieczonego.
- 5) **„Małżonek”** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego.
- 7) **„Partner”** – osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w zgłoszeniu do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Jeśli Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, nie może wskazać do ubezpieczenia partnera.
- 8) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 9) **„Właściciel”** – osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą, jako Ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym.
- 10) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, do którego stosuje się Warunki.
- 11) **„Umowa główna”** – ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego oraz dające możliwość Wyboru opcji inwestycyjnej.
- 12) **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 13) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
- 14) **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 15) **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiany przez Nationale-Nederlanden imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 16) **„Podgrupa”** – grupa Ubezpieczonych spełniających kryteria określone w Polisie, dla których Składka podstawowa, Suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
- 17) **„Pakiet”** – oferowana przez Nationale-Nederlanden opcja ubezpieczenia zawierająca Umowę główną z określonymi przez Nationale-Nederlanden Umowami dodatkowymi.
- 18) **„Karencja”** – okres liczony od określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Nationale-Nederlanden ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 19) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

- 20) **„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.
- 21) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.
- 22) **„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.
- 23) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 24) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
- 25) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Nationale-Nederlanden Składki podstawowej.
- 26) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 27) **„Składka podstawowa”** – Składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Nationale-Nederlanden.
- 28) **„Składka lokacyjna”** – składka opłacana regularnie lub nieregularnie przez Ubezpieczającego w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej, niezależnie od Składki podstawowej, alokowana w Fundusze, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 29) **„Składka całkowita”** – suma Składek podstawowych, a w przypadku dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej również Składek lokacyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej.
- 30) **„Świadczenie”** – kwota wypłacona przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 31) **„Fundusz”** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, wydzielona część aktywów Nationale-Nederlanden, podzielona na udziały o równej wartości i inwestowana w sposób określony w Warunkach i Opisie funduszy. Fundusze różnią się sposobem lokowania środków, oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym.
- 32) **„Jednostka uczestnictwa”** – proporcjonalny udział w aktywach Funduszu; inwestowanie w Fundusz oznacza nabycie Jednostek uczestnictwa tego Funduszu. Wszystkie Jednostki uczestnictwa danego Funduszu są tej samej wartości.
- 33) **„Cena Jednostki uczestnictwa”** – cena, po której Nationale-Nederlanden nabywa i umarza Jednostki uczestnictwa.
- 34) **„Dzień Wyceny”** – każdy dzień roboczy, na który przypada zwyczajna sesja na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.
- 35) **„Rachunek”** – utworzony przez Nationale-Nederlanden dla każdego Ubezpieczonego odrębny rachunek, na którym zapisywane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki lokacyjne.
- 36) **„Subkonto”** – część Rachunku, na której zapisywane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki lokacyjne finansowane odpowiednio:
 - ze środków Ubezpieczającego w ramach Składki lokacyjnej regularnej,
 - ze środków Ubezpieczającego w ramach Składki lokacyjnej nieregularnej,
 - ze środków Ubezpieczonego w ramach Składki lokacyjnej regularnej,
 - ze środków Ubezpieczonego w ramach Składki lokacyjnej nieregularnej.
- 37) **„Wartość Funduszu”** – jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań i należne opłaty w tym dniu (wartość netto aktywów Funduszu).
- 38) **„Opis Funduszy”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Nationale-Nederlanden, który wchodzi w skład Umowy ubezpieczenia i określa cel i zasady funkcjonowania Funduszy, dostępnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 39) **„Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Nationale-Nederlanden, stanowiący integralną część Umowy ubezpieczenia, przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami, zawierający maksymalne stawki opłat i limity stosowane przez Nationale-Nederlanden w Umowie głównej i w Umowach dodatkowych zawartych łącznie z Umową główną w przypadkach określonych w Warunkach.
- 40) **„Dzień akceptacji wniosku”** – nie później niż 10. dzień roboczy od dnia dostarczenia wniosku do Nationale-Nederlanden. Termin ten ma zastosowanie do akceptacji zgodnych z Umową ubezpieczenia i jednoznacznie sformułowanych wniosków, z którymi związana jest konieczność dokonania wyceny Jednostek uczestnictwa. Termin ten nie ma zastosowania do wniosków o wypłatę Świadczenia.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

- Ochroną ubezpieczenia objęte jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Jak zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą osób, które

- przystąpiły do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku niestandardowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
 3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
 4. Umowę główną zawiera się na czas nieokreślony.
 5. Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego Roku polisowego. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy. Umowy dodatkowe mogą być przedłużane na kolejny Rok polisowy zgodnie z postanowieniami ust. 7.
 6. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Nationale-Nederlanden, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
 7. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego Składki podstawowej w nowej wysokości zaproponowanej zgodnie z zasadami określonymi w Art. 18 ust. 1 następuje automatyczne przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej oraz odpowiedzialności Nationale-Nederlanden na kolejny Rok polisowy.
 8. Przedłużenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden, o którym mowa w ust. 7, nie dotyczy tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym Roku polisowym.
 9. W przypadku złożenia przez Nationale-Nederlanden propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, Umowy dodatkowe mogą być przedłużane na kolejny rok po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego nowej wysokości Składki podstawowej. Przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej nie dotyczy tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na kontynuację ubezpieczenia wg nowych zasad.
 10. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Nationale-Nederlanden, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na podgrupy lub Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta poprzez wybranie jednego z oferowanych przez Nationale-Nederlanden Pakietów.

Art. 4 Czy można zmienić Umowę ubezpieczenia?

1. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonych, lub uposażonych wymaga zgody tych Ubezpieczonych. Nationale-Nederlanden ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy ubezpieczenia w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili zgodę.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić

- Nationale-Nederlanden uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy ubezpieczenia.
3. Zmiana umowy staje się wiążąca dla Ubezpieczającego, jeżeli otrzymał od Nationale-Nederlanden nowy tekst Warunków i nie wypowiedział Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia nowego tekstu Warunków.

Art. 5 W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia?

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

Art. 6 Jak rozwiązać Umowę ubezpieczenia?

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

rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Nationale-Nederlanden o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 7 Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w przypadku:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - b) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,
 - d) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - e) ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Współubezpieczony, wygasa w przypadku:
 - a) wygaśnięcia ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, obok którego Współubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia,
 - b) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Współubezpieczonego,
 - c) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - d) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,
 - e) zaprzestania spełniania kryteriów kwalifikujących Współubezpieczonego do rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonych przez Ubezpieczającego lub Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteriów kwalifikujących do przynależności do Podgrupy,
 - f) ukończenia przez Współubezpieczonego 70. roku życia.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej następuje z pierwszym dniem okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust. 1 pkt a) – d) oraz w ust. 2 pkt. a) – e) powyżej.
4. Jeśli Ubezpieczony ukończył 70 lat to za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej rocznicy polisy następującej po dniu ukończeniu 70. roku życia.

Art. 8 Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, na warunkach

zaproponowanych przez Nationale-Nederlanden, w sytuacji kiedy ochrona z tytułu obecnej Umowy ubezpieczenia wygasa z powodu:

- a) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym
 - b) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) był objęty ochroną w ramach obecnej Umowy ubezpieczenia przez okres co najmniej 6 miesięcy;
 - b) złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty.
 3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpieczonego.

Art. 9 Rozpoczęcie i zakończenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej Składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż od dnia określonego w polisie, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Dzień rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umów dodatkowych wskazany jest w polisie lub innym Dokumentie ubezpieczenia.
3. Przedłużenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden na kolejny rok polisowy następuje po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego wysokości Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym.
4. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy dodatkowej kończy się z dniem jej wygaśnięcia, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.

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

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba która (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ma ukończone 15 lat i nieukończone 70 lat,
 - b) jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub pozostaje z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Nationale-Nederlanden lub sama jest Właścicielem,
 - c) spełnia inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do podgrupy.
2. Wraz z Ubezpieczonymi, którzy spełnili kryteria wskazane w ust. 1, do ubezpieczenia mogą przystąpić także Współubezpieczeni, którzy mają:

- a) Ukończone 15 lat w przypadku Partnera i Małżonka, 18 lat w przypadku Dziecka i nieukończone 70 lat,
 - b) Spełniają inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do podgrupy.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu dla Współubezpieczonego rozumie się późniejszą z dat, odpowiednio:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Partnera,
 - oraz spełnienia kryterium uczestnictwa w ubezpieczeniu przez Ubezpieczonego.
 4. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Ubezpieczającego.
 5. Zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia wymaga akceptacji Nationale-Nederlanden. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
 6. Nationale-Nederlanden w ramach akceptacji zgłoszenia przystąpienia danej osoby do ubezpieczenia może wymagać od niej doręczenia określonych dodatkowych dokumentów dotyczących jej stanu zdrowia lub poddanie się przez nią badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych placówkach medycznych.
 7. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono Składkę podstawową za Ubezpieczonego.
 8. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba, spełniająca kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu wskazane w ust. 1 lub jej Małżonek, Partner oraz pełnoletnie Dziecko, obecna w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia lub w pierwszym dniu pracującym przypadającym po dniu przystąpienia, jeśli dzień ten jest wolny od pracy oraz osoba przebywająca na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej. Osoba lub jej Małżonek, Partner oraz pełnoletnie Dziecko, która spełnia kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu wskazane w ust. 1, nieobecna w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęta z jej Małżonkiem, Partnerem lub pełnoletnim Dzieckiem ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej

Nieszczęśliwym wypadkiem.

9. Nationale-Nederlanden potwierdza objęcie Ubezpieczonego ubezpieczeniem przez wystawienie i dostarczenie Ubezpieczonemu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
10. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem jednej Podgrupy lub Pakietu, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności do Podgrupy lub zmiana Pakietu możliwe jest jedynie w rocznicę polisy.

Art. 11 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Ubezpieczony spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.
2. W czasie karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 12 Jakie są obowiązki po stronie Nationale-Nederlanden?

1. W razie śmierci Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Nationale-Nederlanden i osoby przez towarzystwo zatrudnione oraz podmioty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Nationale-Nederlanden, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z Umową ubezpieczenia. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych osoby, która przekazała zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i nie została objęta ubezpieczeniem.
3. Nationale-Nederlanden jest zobowiązane przekazać Ubezpieczającemu pisemnie informacje w zakresie zmiany Warunków lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń.
4. Nationale-Nederlanden jest zobowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Nationale-Nederlanden informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
5. Nationale-Nederlanden na żądanie Ubezpieczonego jest zobowiązane do przekazania informacji określonych w ust. 3 i 4. W przypadku

nieprzekazania wymaganych informacji zmiana warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.

6. Nationale-Nederlanden zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Nationale-Nederlanden jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczającemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia.
8. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden jest zobowiązane do alokowania Składki lokacyjnej do Funduszu na zasadach określonych w Art. 21.

Art. 13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do terminowej i prawidłowej zapłaty Składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązuje się do udostępniania Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków oraz do informowania o wszelkich zmianach w Warunkach lub prawie właściwym dla zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, jeżeli wysokość ta ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia oraz o zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani poinformować Nationale-Nederlanden o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Nationale-Nederlanden. Naruszenie tego obowiązku zwalnia Nationale-Nederlanden z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Nationale-Nederlanden o liczbie osób uprawnionych do ubezpieczenia zgodnie z kryterium uprawnienia, o które Nationale-Nederlanden pyta we wniosku o zawarcie ubezpieczenia. Nationale-Nederlanden zastrzega sobie możliwość zmiany Składki podstawowej w przypadku, gdy informacje podane przez Ubezpieczającego okażą się niezgodne ze stanem faktycznym.

8. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Nationale-Nederlanden pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób w stosunku, do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których obowiązek opłacania Składki podstawowej ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Nationale-Nederlanden.
9. Nationale-Nederlanden ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby, o której przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 8 powyżej, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
10. Informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Nationale-Nederlanden najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Nationale-Nederlanden o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
11. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Nationale-Nederlanden, pod warunkiem dostarczenia tych formularzy przez Nationale-Nederlanden.
12. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

Art. 14 Suma ubezpieczenia

1. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy lub Pakietu.

Art. 15 Wysokość Składki podstawowej

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Nationale-Nederlanden (Rok polisowy). Wysokość Składki podstawowej obowiązującej w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-3, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Nationale-Nederlanden przed

zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 18 ust. 3 i zależy od:

- a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wykonywanego zawodu.
4. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Nationale-Nederlanden w związku z oferowaniem umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-3.
5. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka podstawowa jest ustalona niezależnie od postanowień ust. 2-4, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Nationale-Nederlanden i Ubezpieczającego. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
6. Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy lub Pakietu.
7. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.
8. Nationale-Nederlanden zwraca Ubezpieczającemu odpowiednią część Składki podstawowej za okres, w którym nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej w związku z jej wcześniejszym ustaniem.

Art. 16 Wysokość Składki lokacyjnej

1. Składką lokacyjną jest Składka opłacana regularnie lub nieregularnie przez Ubezpieczającego w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej, niezależnie od Składki podstawowej, alokowana w Fundusze, należna za jednego Ubezpieczonego.
2. Oświadczenie o Wyborze opcji inwestycyjnej może być złożone Nationale-Nederlanden przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia lub w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie złożone w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po dniu otrzymania oświadczenia, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego.
3. Wysokość Składki lokacyjnej regularnej jest ustalana z chwilą dokonania wyboru opcji

inwestycyjnej i może być zmieniona w każdym czasie. Zmiana staje się skuteczna z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po dniu otrzymania oświadczenia, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego.

Uzgodniona wysokość Składki lokacyjnej regularnej określona jest w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

4. Wysokość Składki lokacyjnej regularnej nie może być niższa od minimalnej wysokości Składki lokacyjnej regularnej określonej w Tabeli limitów i opłat.
5. Składka lokacyjna regularna jest opłacana łącznie ze Składką podstawową, z częstotliwością przyjętą dla opłacania Składki podstawowej.
6. W przypadku wpłaty Składki lokacyjnej nieregularnej, jej wysokość nie może być niższa od minimalnej wysokości Składki lokacyjnej nieregularnej, określonej w Tabeli limitów i opłat.
7. Składka lokacyjna nieregularna może być wpłacana łącznie ze Składką podstawową.
8. Składka lokacyjna regularna i Składka lokacyjna nieregularna są opłacane przez Ubezpieczającego.
9. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o rezygnacji z opcji inwestycyjnej w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego lub z dniem najbliższej rocznicy polisy, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego lub przed rocznicą polisy.
10. Składka lokacyjna może być finansowana ze środków Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

Art. 17 Wysokość Składki całkowitej

1. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie,
 - b) kwartalnie,
 - c) raz na pół roku,
 - d) raz na rok.
2. W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny Nationale-Nederlanden może udzielić odpowiednich bonifikat.
3. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia i może ona ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego.
4. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest określona w Polisie.
5. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy okres rozliczeniowy najpóźniej w dniu wymagalności Składki podstawowej. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Nationale-Nederlanden kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.
6. Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których

mowa w Art. 13 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.

7. W razie niedoręczenia Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w Art. 13 ust. 7, Nationale-Nederlanden oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Nationale-Nederlanden informacji.
8. Nationale-Nederlanden oblicza wysokość Składki całkowitej oraz, o ile nie uzgodniono inaczej w Umowie ubezpieczenia, wysyła Ubezpieczającemu drogą elektroniczną dokument uwzględniający wysokość Składki najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego.
Ubezpieczający jest zobowiązany do wskazania oraz bieżącej aktualizacji danych dotyczących osoby kontaktowej oraz adresu poczty elektronicznej przeznaczonych do przekazywania wyżej opisanego dokumentu księgowego.

Art. 18 W jaki sposób można dokonać zmiany wysokości Składki?

1. Na 30 dni przed rocznicą polisy Nationale-Nederlanden przekaze Ubezpieczającemu informację o wysokości Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym Roku polisowym. Nową wysokość Składki podstawowej uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy. Postanowienie ust. 3 stosuje się odpowiednio.
2. Niezależnie od trybu zmiany Składki określonego w ust. 1 w każdą rocznicę polisy wysokość Składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez Nationale-Nederlanden zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego.
3. W przypadku zmiany w trakcie Roku polisowego struktury Ubezpieczonych („struktura”) w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, co najmniej o 20% Nationale-Nederlanden ma prawo do ponownego określenia wysokości Składki podstawowej. Przy ocenie stopnia zmian struktury Nationale-Nederlanden uwzględnia również Ubezpieczonych, za których opłacanie Składki podstawowej zostało zawieszony oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość Składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości Składki podstawowej, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.
5. Zmiana wysokości Składki podstawowej w trybie określonym w ust. 3 nie powoduje zmiany wysokości Składki lokacyjnej regularnej.

Art. 19 Kiedy można zawiesić opłacanie Składki?

1. Począwszy od pierwszej rocznicy polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Nationale-Nederlanden, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku na 7 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Zawieszenie opłacania Składek podstawowych oznacza zawieszenie opłacania Składek całkowitych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać wskazanie okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania Składki.
3. W okresie zawieszenia opłacania Składki Nationale-Nederlanden nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego Składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Opłacanie Składki całkowitej może być zawieszony na nie więcej niż jeden rok.
5. Wznowienie opłacania Składki podstawowej lub Składki całkowitej nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.
6. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Nationale-Nederlanden.
7. W okresie zawieszenia opłacania Składki całkowitej lub Składki podstawowej należnej za Ubezpieczonego Ubezpieczony zachowuje prawo do dokonania wypłaty z Rachunku.

Art. 20 Jakie są rodzaje funduszy i ich cel?

1. Celem Funduszu jest długoterminowe powiększanie wartości jego aktywów. Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji są dopisywane do Funduszu, powiększając jego wartość.
2. Nationale-Nederlanden nie gwarantuje osiągnięcia celu określonego w ust. 1.
3. Każdy Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa, reprezentujące proporcjonalny udział w jego aktywach.
4. Nationale-Nederlanden ma prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy czym operacja ta nie wpływa na całkowitą wartość Funduszu ani na łączną wartość Jednostek uczestnictwa zapisanych na Rachunku.
5. W przypadku Wyboru opcji inwestycyjnej Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w zależności od ustaleń stron Umowy ubezpieczenia wybiera Fundusze, w które będą alokowane Składki lokacyjne.
6. Fundusze wybrane dla Ubezpieczonego są określone w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Rodzaje Funduszy oferowanych przez

- Nationale-Nederlanden oraz ich polityka inwestycyjna określone są w Opisie Funduszy.
8. Ubezpieczający otrzymuje Opis Funduszy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
 9. Nationale-Nederlanden może zmieniać Opis Funduszy w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
 10. W razie połączenia, likwidacji lub wprowadzenia nowego Funduszu Nationale-Nederlanden nie później niż w najbliższą rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający treść zmiany w Opisie funduszy.
 11. Jeżeli na Rachunku zostały zarejestrowane Jednostki uczestnictwa Funduszu, który podlega połączeniu lub likwidacji, to:
 - a) Dokument ubezpieczenia zawierający treść zmiany w Opisie Funduszy, zostanie doręczony Ubezpieczającemu przed wejściem zmiany w życie.
 - b) Ubezpieczający w terminie 30 dni od otrzymania informacji o tej zmianie powinien złożyć wniosek o przeniesienie. Jeżeli Nationale-Nederlanden nie otrzyma wniosku o przeniesienie, to dokona przeniesienia samodzielnie z usuwanego Funduszu do innego, pozostającego w ofercie o zbliżonym profilu ryzyka inwestycyjnego.
 12. Zmiana Umowy wchodzi w życie z dniem połączenia, likwidacji lub wprowadzenia nowego Funduszu.

Art. 21 W jaki sposób jest alokowana Składka?

1. Po zaksięgowaniu przez Nationale-Nederlanden wpłaty Składki lokacyjnej na koncie danej Umowy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden nabędzie na Rachunek Ubezpieczonego liczbę Jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia Składki lokacyjnej, przez Cenę Jednostki uczestnictwa wybranego Funduszu obowiązującej nie później niż w 3. Dniu wyceny po dniu zaksięgowania wpłaty, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który należna jest dana Składka całkowita. Zaksięgowanie Składki na koncie danej Umowy ubezpieczenia następuje nie później, niż drugiego dnia roboczego po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Nationale-Nederlanden Składką całkowitą.
2. Liczba Jednostek uczestnictwa nabywanych na Rachunek jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.
3. Wskazanie Funduszu lub Funduszy, w które mają być alokowane Składki lokacyjne, następuje w momencie dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej.
4. Składka lokacyjna nieregularna jest alokowana w te same Fundusze, w które alokowana jest Składka lokacyjna regularna, chyba, że Ubezpieczający lub Ubezpieczony wskaże inaczej.

Art. 22 W jaki sposób można zmienić fundusze lub przenieść środki między funduszami?

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo w dowolnym terminie trwania Umowy ubezpieczenia

- do zmiany Funduszy, w które alokowana jest Składka lokacyjna, poprzez złożenie wniosku o zmianę Funduszy.
2. Zmiana, o której mowa w ust. 1, staje się skuteczna, poczynwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden wniosku o zmianę Funduszy, pod warunkiem przekazania go Nationale-Nederlanden najpóźniej na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo przenieść środki między Funduszami oferowanymi przez Nationale-Nederlanden w ramach odpowiedniego subkonta (przeniesienie), z zastrzeżeniem Art. 26 ust. 3.
4. Przeniesienie odbywa się na podstawie wniosku Ubezpieczającego lub Nationale-Nederlanden i polega na umorzeniu Jednostek uczestnictwa Funduszu według Ceny Jednostki uczestnictwa tego Funduszu i następnie na nabyciu odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa innego Funduszu według Ceny Jednostki uczestnictwa tego Funduszu. Wniosek o zmianę Funduszu zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Nationale-Nederlanden. Umorzenie i nabycie Jednostek uczestnictwa dokonywane jest według Cen Jednostek uczestnictwa obowiązujących nie później niż w 7. dniu roboczym od dnia akceptacji przez Nationale-Nederlanden wniosku o przeniesienie.

Art. 23 Wycena wartości aktywów funduszy

1. Wartość Funduszu w danym dniu jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań i należne opłaty w tym dniu (wartość netto aktywów Funduszu).
2. Wycena wartości netto aktywów Funduszu jest dokonywana w każdym Dniu roboczym zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości na podstawie rzeczywistych cen rynkowych aktywów Funduszu, według stanu na koniec poprzedniego Dnia roboczego. Jeżeli dokonanie wyceny Funduszu w powyższy sposób nie jest możliwe, wycena Funduszu jest dokonywana na podstawie ostatnich znanych cen rynkowych aktywów Funduszu i znanych wartości księgowych jego aktywów.

Art. 24 Wycena jednostek uczestnictwa

Cena Jednostki uczestnictwa obowiązująca w danym dniu jest ustalana poprzez podzielenie wartości netto aktywów Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek uczestnictwa danego Funduszu.

Art. 25 W jaki sposób i kiedy można dokonać wypłaty z Rachunku

1. Ubezpieczony może w dowolnym momencie dokonać wypłaty z Rachunku poprzez wskazanie wartości wypłaty oraz:

- a) wskazanie Funduszu lub Funduszy, z których Jednostki uczestnictwa mają zostać umorzone lub
 - b) wskazanie Subkonta, z którego ma być dokonana wypłata.
2. Wypłata z Rachunku następuje na wniosek Ubezpieczonego.
 3. W przypadku wypłaty z Rachunku podstawą obliczania jego kwoty wypłaty jest Cena Jednostki uczestnictwa Funduszu, ustalona nie później niż w 3. Dniu wyceny Jednostki uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Nationale-Nederlanden wniosku o wypłatę z Rachunku.
Wniosek o wypłatę z Rachunku zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Nationale-Nederlanden.
 4. Nationale-Nederlanden zobowiązane jest do wypłaty z Rachunku nie później niż w terminie 20 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę z Rachunku oraz innych niezbędnych dokumentów.
 5. W przypadku, jeśli Ubezpieczony nie wskaże we wniosku o wypłatę z Rachunku Funduszu lub Funduszy, których Jednostki mają być umorzone, Nationale-Nederlanden umorzy Jednostki uczestnictwa z każdego Funduszu proporcjonalnie do łącznej wartości Funduszy zapisanych na wskazanym Subkoncie Rachunku.
 6. W przypadku, jeśli Ubezpieczony nie wskaże we wniosku o wypłatę z Rachunku Subkonta lub Subkont, z których Jednostki uczestnictwa mają być umorzone, Nationale-Nederlanden umorzy Jednostki uczestnictwa z każdego Subkonta do wypłaty, z którego uprawniona jest osoba składająca wniosek o wypłatę z Rachunku, proporcjonalnie do łącznej wartości Jednostek zapisanych na Subkoncie lub Subkontach Rachunku.
 7. Wypłata z Rachunku podlega opłacie określonej w Tabeli limitów i opłat.
 8. W przypadku wypłaty z Rachunku następującej z przyczyn wskazanych w Tabeli limitów i opłat, nie pobiera się opłaty, o której mowa w ust. 7.
 9. W przypadku wypłaty z Rachunku następującej po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej wartość Funduszu obliczana jest po Cenie Jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 3. Dniu wyceny następującej po dniu, w którym wygasa ochrona ubezpieczeniowa.
Wniosek o wypłatę zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Nationale-Nederlanden.
 10. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wartość Rachunku zostanie wypłacona w całości na wniosek Ubezpieczonego.
 11. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu wartość Rachunku w całości na zasadach określonych w ust. 9.

Art. 26 Jakie opłaty pobiera Nationale-Nederlanden

1. W przypadku wypłaty wartości Funduszy pobierana jest opłata za wypłatę wartości Funduszy w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.

2. Z tytułu zarządzania Funduszem Nationale-Nederlanden ustala roczną opłatę, która jest pobierana w każdym Dniu wyceny wartości aktywów danego Funduszu proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres, który upłynął od dnia poprzedniej wyceny aktywów tego Funduszu. Opłata ta jest określona, jako procent od wartości aktywów Funduszu w wysokości wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
3. W przypadku zmiany Funduszy lub przeniesienia środków między Funduszami, o których mowa w Art. 22 pobiera się opłatę za przeniesienie lub zmianę Funduszu w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat. Opłata ta jest pobierana z wartości Jednostek uczestnictwa zapisanych na Rachunku.

Świadczenia Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy ubezpieczenia

Art. 27 Śmierć ubezpieczonego

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

Art. 28 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia?

1. Świadczenie jest wypłacane Uposażonemu na jego pisemny wniosek.
2. Jeżeli Ubezpieczony wyznaczył więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Nationale-Nederlanden ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym zgodnie z zasadą, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust. 3, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) rodzice,
 - d) rodzeństwo,
 - e) dzieci rodzeństwa.
5. Otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego wymienionych w ust. 4

- zaliczonych do wyższej kategorii wyklucza otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego zaliczonych do niższej kategorii (kategoria „a” – najwyższa). Członkowie rodziny Ubezpieczonego zaliczani do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach. Świadczenie nie przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
6. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 4 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
 7. Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego w drodze pisemnego oświadczenia złożonego Nationale-Nederlanden. Zmiana Uposażonego staje się skuteczna z dniem otrzymania tego oświadczenia przez Nationale-Nederlanden.

Art. 29 Jakie są terminy i warunki wypłaty świadczeń?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, o których mowa w ust. 1 oraz wskazane w Umowach dodatkowych, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Nationale-Nederlanden nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
3. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia

zawiadomienia Nationale-Nederlanden o zdarzeniu wskazanym w Art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

4. Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.

Art. 30 Kiedy Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności – wyłączenia

1. Jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia Składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania Składki Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia.

Art. 31 Skargi i zażalenia

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Nationale-Nederlanden wynikające z Umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Nationale-Nederlanden.
2. Nationale-Nederlanden udziela odpowiedzi na

- skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, tj. telefonicznie, drogą elektroniczną lub pisemnie w terminie 30 dni od ich otrzymania.
3. Na życzenie Nationale-Nederlanden skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
 4. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.
 5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.
 6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Nationale-Nederlanden dotyczącego skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, lub dotyczącego odwołania, o którym mowa w ust. 5, przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
 7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w Art. 36.

Art. 32 Podatki

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

Art. 33 System monetarny

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

Art. 34 Prawo właściwe

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 35 Przekazywanie korespondencji

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Nationale-Nederlanden, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w Art. 31, powinny być przekazywane do siedziby Nationale-Nederlanden w formie pisemnej.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Nationale-Nederlanden w związku z Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Art. 31 ust. 2, powinny być dokonywane na piśmie. Nationale-Nederlanden przesyła wszelkie

zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 36 Rozstrzygnięcie sporów

Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 37 Pozostałe postanowienia

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Nationale-Nederlanden, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w sposób odbiegający od Warunków.
2. Wszelkie zmiany do treści Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Art. 38 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ADR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADR14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

„**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której

- mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej,
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - 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.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku,

którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ADT14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADT14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
3. **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych Warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
4. **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej pod warunkiem, że wypadek komunikacyjny w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,

- b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej.
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego.
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich,

- licencjonowanych linii lotniczych,
 - i) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - k) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy

WADR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WADR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WADR14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony, w ramach łączącego Ubezpieczonego z jego Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy,

- który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

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

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku przy pracy będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej.

- d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu Art. 1 pkt 2 Warunków,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez Pracodawcę.
 - e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - f) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - g) pozostawania w stanie po spożyciu 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,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,

- i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
4. Za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HSDR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSDR14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 2) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

- obecność 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.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.

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

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6 Warunków Umowy głównej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania Składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 28 ust. 4 i 6, Warunków Umowy głównej,
 - d) wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana,
 - e) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 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. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego

- d) w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
 3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał lub Udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność 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) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełońska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem PDR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PDR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 PDR14 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 jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, 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.
- 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, 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. 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 (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%

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.
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy 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, wydarzy się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzić w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem PDR14+

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 Nationale-Nederlanden kodem PDR14+.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 PDR14+ 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 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.
- 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 Nationale-Nederlanden 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, 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. 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 Nationale-Nederlanden 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 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. 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 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. 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) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów

dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,

- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy 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, wydarzy się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy 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 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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem PDW14

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 PDW14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 PDW14 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.
 - 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”** – 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 umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

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.
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 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 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 Nationale-Nederlanden

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) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa, usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie 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 którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji 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 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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD14

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 TPD14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 TPD14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek 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.
 - 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.

- 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
- 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 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 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.

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 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 Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
3. W uzasadnionych przypadkach Nationale-Nederlanden 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 Ubezpieczonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.
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. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - g) pozostawania w stanie po spożyciu 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,
 - h) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach

sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,

- j) 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,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub na skutek Choroby, która została zdiagnozowana przed tą datą.
3. 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.
4. 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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB14

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 LHB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 LHB14 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 przeciążenia, 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 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

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 w autoryzowanych przez 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, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.

5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do Warunków.
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.
7. Po ustaleniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu i wypłacie świadczenia zarówno obniżenie, jak i podwyższenie stopnia uszczerbku nie jest możliwe.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. 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 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.
2. 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.
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. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

- d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - 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.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
 3. Nationale-Nederlanden 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.
 4. Nationale-Nederlanden 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 Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100%

Sumy ubezpieczenia 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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD14

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 Nationale-Nederlanden kodem LHSD14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 LHSD14 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 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 Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki 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. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w Art. 5, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Ubezpieczony na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden 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, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
6. Po ustaleniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu i wypłacie świadczenia zarówno obniżenie, jak i podwyższenie stopnia uszczerbku nie jest możliwe
7. 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 Nationale-Nederlanden 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.
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. Nationale-Nederlanden 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) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu powstał wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Nationale-Nederlanden 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.

5. Nationale-Nederlanden 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.
6. Nationale-Nederlanden 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 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 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

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

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%

A. Grzełońska

Anna Grzełońska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka DSB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DSB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.

2. W czasie karencji Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

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

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) dokumentu potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione

w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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 Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność 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) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

SADR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SADR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADR14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - c) dokumentu potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - d) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania Małżonka w stanie po spożyciu 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) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie

14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

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

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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 z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego SADT14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SADT14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADT14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania Małżonka w stanie po spożyciu 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) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,

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

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku SLHB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SLHB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SLHB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

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

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Nationale-Nederlanden decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w Art. 4 oraz na podstawie wyników badań lekarskich, które Małżonek na wniosek Nationale-Nederlanden ma obowiązek wykonać i które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Trwały uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Małżonek jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Małżonka, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonej przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Nieszczęśliwego wypadku.

7. Po ustaleniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu i wypłacie świadczenia zarówno obniżenie, jak i podwyższenie stopnia uszczerbku nie jest możliwe.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

- f) pozostawania Małżonka w stanie po spożyciu 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) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Chorobą zawodową Małżonka.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki wraz z tabelą norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny ubezpieczonego FCR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem FCR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica, Ojczyma lub Macochy pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Współubezpieczony”** – Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 3) **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 4) **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 5) **„Ojczym”** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego lub matki Małżonka Ubezpieczonego, wdowiec po matce Ubezpieczonego lub matce Małżonka Ubezpieczonego nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub biologicznym ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- 6) **„Macocha”** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego lub ojca Małżonka Ubezpieczonego, wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub ojcu Małżonka Ubezpieczonego nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub biologiczną matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
- 7) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 8) **„Przysposobienie Dziecka”** – to dobrowolne, uregulowane prawem przybranie dziecka (w wieku do 5 lat) za swoje, gdzie stosunek pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym jest jak między rodzicami a dziećmi. W tym przysposobienie pełne/pełne nierozwiązywalne (całkowite) potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 11) **„Narodziny martwego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 12) **„Poronienie”** – wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha, ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).
- 13) **„Narodziny żywego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.

- 14) „**Narodziny Dziecka**” – Narodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic Dziecka lub Przyniesienie Dziecka przez Ubezpieczonego potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu opiekuńczego stwierdzającym przysposobienie.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. W zależności od wariantu określonego w polisie Umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka (kod DPB14),
 - b) wariant B – narodziny Dziecka (kod BCB14),
 - c) wariant C – śmierć Dziecka (kod DCB14),
 - d) wariant D – narodziny martwego Dziecka (kod SBB14),
 - e) wariant E – osierocenie Dziecka (kod OCB14),
 - f) wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (ADPB14).
2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów, spośród wymienionych w ust. 1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.
3. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu wysokość świadczenia z tytułu Narodzin dziecka (wariant B) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Narodzin dziecka. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu wysokość świadczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci

- Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka (wariant A) w okresie pierwszych 9 miesięcy obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka od początku 4. do końca 6. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia oraz 80% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka od początku 7. do końca 9. miesiąca od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja z zastrzeżeniem ust. 4.
 4. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, przez okres 9 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Narodzin Dziecka.
 5. W czasie karencji, o której mowa w ust. 3 i 4, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Współubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem oraz z tytułu Osierocenia Dziecka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust. 6.
 6. Karencja, o której mowa w ust. 1 i 2 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasa w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
 7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia ochroną

Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 6, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:

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

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu – w przypadku wariantu A, B, C, D lub F,
 - b) każdemu Dziecku – w przypadku wariantu E.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
3. W przypadku wariantu A i wariantu F w stosunku do jednego Ubezpieczonego odpowiedzialność Nationale-Nederlanden ograniczona jest do wystąpienia 4 zdarzeń. W przypadku wariantu E w stosunku do każdego Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia Art. 28 ust. 2, 3, 7 Warunków Umowy głównej.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny, urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:
 - a) **wariant A – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego:**
 - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - lub
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu

zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,

- odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyma lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
- b) **wariant B – narodziny Dziecka:**
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - w przypadku przysposobienia pełnego (niebędącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym) prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego stwierdzające przysposobienie.
 - c) **wariant C – śmierć Dziecka:**
 - odpisu aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - d) **wariant D – narodziny martwego Dziecka:**
 - odpisu aktu zgonu,
 - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu,
 - e) **wariant E – osierocenie Dziecka:**
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu Umowy głównej,
 - f) **wariant F – śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyma lub Macochy Małżonka spowodowana Niez szczęśliwym wypadkiem:**
 - odpisu aktu zgonu Rodzica, Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego,
 - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica i Ojczyma lub Macochy Ubezpieczonego, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Niez szczęśliwego wypadku, lub
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka Ubezpieczonego, Ojczyma lub Macochy Małżonka Ubezpieczonego
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,

- odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - odpisu aktu małżeństwa Rodzica Małżonka i Ojczyrna lub Macochy Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Ubezpieczonego lub śmierć Rodzica, Ojczyrna lub Macochy Małżonka, śmierć Dziecka lub osierocenie Dziecka były spowodowane lub wydarzyły się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) 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 odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka była spowodowana lub wydarzyła się w następstwie Choroby wrodzonej lub dziedzicznej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Poronienia.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Narodzin martwego Dziecka, jeżeli jest ono skutkiem przerwania ciąży.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeśli Dziecko na dzień wydania prawomocnego wyroku sądu o przysposobieniu miało więcej niż 5 lat.
6. Jeżeli śmierć Współubezpieczonego nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie

zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

8. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

A. Grzełońska

Anna Grzełońska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CIB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantcie podstawowym (CIB14_A) albo w wariantcie rozszerzonym (CIB14_B) albo w wariantcie pełnym (CIB14_C).

3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
- a) **„Nowotwór (guz) złośliwy”** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
 - dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- d) **„Udar mózgu”** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - wtórnego krwotoku do istniejących ognisk podudarowych,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
- e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- f) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

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

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.

- j) **„Choroba Creutzfeldta-Jakoba”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpielii (bez pomocy innych osób).
- k) **„Zakażenie wirusem HIV”** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
 - Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Nationale-Nederlanden w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
 - Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

l) **„Ciężka sepsa”** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
 - temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
 - częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
 - poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
 - poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Szpitala prowadzącego leczenie.

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

- a) **„Choroba Alzheimera lub demencja”** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
- b) **„Operacja mózgu”** – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.

- c) **„Kardiomiopatia”** – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.
- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:
 - schyłkowa niewydolność nerek,
 - schyłkowa niewydolność oddechowa,
 - utrata wzroku,
 - utrata słuchu.
- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
 - szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
 - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - szybko narastająca żółtaczką,
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

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

- z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - typowy obraz elektromiograficzny,
 - rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- stawy międzypaliczkowe
 - rąk stawy nagarstkowe
 - stawy łokciowe
 - stawy kręgosłupa szyjnego
 - stawy kolanowe
 - stawy stóp
- Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:
- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpiel (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea),
 - zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
 - eozynofilowego zapalenia powięzi,
 - zespołu CREST.
- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.
- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimer'a lub demencji, stanu wegetatywnego/ zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej sklerodermii), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,

- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt. j) 12-miesięcznego okresu,
 - e) w przypadku wrzodzącego zapalenie jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.
7. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących Poważnych zachorowań:
 - a) Nowotwór złośliwy,
 - b) Łagodny nowotwór mózgu,
 - c) Operacja aorty,
 - d) Operacja zastawek serca,
 - e) Choroba Creutzfeldta-Jakoba,
 - f) Zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - g) Operacja mózgu,
 - h) Kardiomiopatia,
 - i) Przewlekłe zapalenie trzustki,
 - j) Wrzodzące zapalenie jelita grubego,
 - k) Choroba Leśniowskiego – Crohna,
 - l) Toczeń trzewny układu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi, o których mowa w Art. 2 ust. 3 -5.
3. 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 okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 3, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 5

nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.

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

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 7.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust. 6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Art. 2 ust. 3 pkt. j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem Poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.

5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie oraz Grupa I.
 6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
 7. Nationale-Nederlanden może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
 8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie.
- c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po spożyciu 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 zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach 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,
 - k) usiłowania popełnienia samobójstwa.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania:
 - karty wypisu ze szpitala;
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,

w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust. 4a) oraz Art. 5 ust. 7.
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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu ubezpieczonego CCB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CCB14

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie Nowotwór łagodny tarczycy i jajnika, po leczeniu chirurgicznym.

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust. 2 Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia albo, w przypadku wskazanym w Art. 6 ust. 5, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpiezonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”) zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust. 3.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego.
4. W przypadku Diagnozy kilku Nowotworów, o których mowa w Art. 2 ust. 2 Nationale-Nederlanden wypłaca świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Nowotworu:
 - karta wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - opinia Lekarza prowadzącego,
 - odpis wyniku badania histopatologicznego,
 - dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku Nowotworu łagodnego lub potwierdzające Diagnozę Nowotworu objętego zakresem Umowy,
 - d) inne dokumenty, w tym dokumenty medyczne, opinie i wyniki badań laboratoryjnych możliwe do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczące zajścia zdarzenia oraz niezbędne do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe

w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu rozpoznanego przed dniem objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, którego objawy wystąpiły i były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem. Ograniczenia nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni po dniu wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1, 2 lub 3 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania Składki lub jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Nowotworu w ciągu 30 dni od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust. 2, zajdzie przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpiezonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust. 2, zajdzie przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek.
6. Ograniczenia odpowiedzialności opisane w ust. 5 nie znajdują zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust. 2 (piersi, jajnika, trzonu macicy, jajowodu, jądra) oraz dysplazji szyjki macicy i wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB14_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CIB14_D.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB14_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
 - wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- b) **„Tężec”** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
 - bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze.

Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek *Clostridium tetani* z miejsca zakażenia lub wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.

- c) **„Żółta gorączka”** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczk lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

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

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

- i) **„Zgorzel gazowa”** – zakażenie przyranne wywołane beztlenową laseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.
- j) **„Neuroborelioza”** – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgoworzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia* spp. z materiału klinicznego,
 - znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania, o których mowa w Art. 2 ust. 2.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na choroby zakaźne jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.

2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust. 2, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

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

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym,
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania na Choroby zakaźne będącego skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka SCIB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SCIB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantcie podstawowym (SCIB14_A) albo w wariantcie rozszerzonym (SCIB14_B) albo w wariantcie pełnym (SCIB14_C).

3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
- a) **„Nowotwór (guz) złośliwy”** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
- rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
 - dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- d) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych
- e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- f) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Małżonkowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

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

j) „**Choroba Creutzfeldta-Jakoba**” – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy sześciu podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).

k) „**Zakażenie wirusem HIV**” – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:

- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do Przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
- Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Nationale-Nederlanden w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
- Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

l) „**Ciężka sepsa**” – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się

obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

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

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

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

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

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

- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współistnieniu przynajmniej jednego z poniższych:

- schyłkowa niewydolność nerek,
- schyłkowa niewydolność oddechowa,
- utrata wzroku,
- utrata słuchu.

- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczka,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby). Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.

- g) **„Wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna”** – wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:
- usunięcie całego jelita grubego (okreźnicy),
 - częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana

podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

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

- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych.
Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:
 - stawy międzypaliczkowe rąk stawy nagarstkowe
 - stawy łokciowe
 - stawy kręgosłupa szyjnego
 - stawy kolanowe
 - stawy stóp
Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
 - higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - twardziny ograniczonej (morphea),
 - zlokalizowanych postaci skleroderмии (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
 - eozynofilowego zapalenia powięzi,
 - zespołu CREST.
- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.
- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimer’a lub demencji, stanu wegetatywnego/ zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej skleroderмии), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
 - b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
 - d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt. j) 12-miesięcznego okresu,
 - e) w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego

usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

7. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących Poważnych zachorowań:
 - a) Nowotwór złośliwy,
 - b) Łagodny nowotwór mózgu,
 - c) Operacja aorty,
 - d) Operacja zastawek serca,
 - e) Choroba Creutzfeldta-Jakoba,
 - f) Zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - g) Operacja mózgu,
 - h) Kardiomiopatia,
 - i) Przewlekłe zapalenie trzustki,
 - j) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - k) Choroba Leśniewskiego-Crohna,
 - l) Toczeń trzewny układuwy.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka i zabiegi, o których mowa w Art. 2 ust. 3 -5.
3. 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 okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 3, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 3, ma obowiązek dostarczyć

wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:

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

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

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

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka

- d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Małżonka, jeżeli ten pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka będącego skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
 5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

- c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust. 4a) oraz Art. 5 ust. 7.
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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu małżonka SCCB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SCCB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCCB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

1. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się badaniom

- orzecznictwem w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzecznictwem w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w Art. 2 ust. 2, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia albo, w przypadku wskazanym w Art. 6 ust. 5, w wysokości sumy składek podstawowych należnych za Ubezpieczonego w części przypadającej na Umowę dodatkową, opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dalej jako „Suma składek”) zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust. 3.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
4. W przypadku Diagnozy kilku Nowotworów, o których mowa w Art. 2 ust. 2 Nationale-Nederlanden wypłaca świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu, rozpoznanego u Małżonka przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Nowotworu Małżonka, którego objawy wystąpiły i były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni po dniu wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wymienionych w ust 1, 2 lub 3 niniejszego artykułu okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden lub w okresie zawieszenia opłacania Składki lub jeżeli Małżonek zmarł w następstwie Nowotworu w ciągu 30 dni od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust. 2, zajdzie przed upływem 90 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, a zdarzenie ubezpieczeniowe – Nowotwór, o którym mowa w Art. 2 ust. 2, zajdzie przed upływem 180 dni od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie składek.
6. Ograniczenia odpowiedzialności opisane w ust. 5 nie znajdują zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) narządów innych niż wymienione w Art. 2 ust. 2 (piersi,

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

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania małżonka na choroby zakaźne SCIB14_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SCIB14_D.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB14_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

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

przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
- wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
- wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
- wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

d) „**Cholera**” – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.

e) „**Gorączka denga**” – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:

- bóle głowy,
- ból pozagałkowy,
- bóle mięśni,
- bóle stawów,
- wysypka,
- objawy krwotoczne,
- leukopenia.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
- co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.

f) „**Dur brzuszny**” – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego *Salmonella typhi*. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:

- bóle głowy,
- względna bradykardia,
- kaszel,
- biegunka, zaparcie, ból brzucha.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.

g) „**Malaria**” – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:

- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
- wykryto kwas nukleinowy *Plasmodium* spp. w krwi lub
- wykryto antygen *Plasmodium* spp.

h) „**Schistosomatoza**” – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.

i) „**Zgorzel gazowa**” – zakażenie przyranne wywołane beztlenową laseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.

j) „**Neuroborelioza**” – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:

- limfocytarne zapalenie opon mózgowodzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia* spp. z materiału klinicznego,
 - znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne.

4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w Art. 2 ust. 2.

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania:
 - karty wypisu ze szpitala,
 - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań,
 - opinii Lekarza prowadzącego,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne będącego skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania dziecka CCIB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CCIB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCIB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Dziecka lub procedura medyczna, której poddało się Dziecko.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.
W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliny, sepsa,
 - b) **Grupa II** – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, pneumokoki,
 - c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących Poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
 - dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu: rozpoznana na podstawie następujących kryteriów:** nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii specjalisty pediatry wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin lub stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
 - konieczność codziennego, przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatry,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrę,
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatry jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące

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

- poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny,
 - b) w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181. (sto osiemdziesiąty pierwszy) dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.
 4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
 4. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 3, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
 5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 3, 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. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) sepsa,
 - c) inwazyjne zakażenie pneumokokowe,
 - d) cukrzyca wymagająca leczenia insuliną,
 - e) astma,
 - f) łagodny nowotwór mózgu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w Art. 2 ust. 2.
3. 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 okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 6.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust. 3.
3. W zależności od rodzaju Poważanego zachorowania lub zabiegu, wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem Poważnych

- zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 4.
4. Jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
 5. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Dziecko zmarło w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
 6. Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 4.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

- d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy dodatkowej.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku określonego w Art. 4 ust. 1 i 2 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania Poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Dziecka.
 6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy 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).
- 4) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 6) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 10) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.
3. W czasie karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust. 3.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej

niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.

5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) **3 kolejne dni** – jeżeli pobyt był spowodowany Chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Chorobą jest płatne od 1. dnia Pobytu w szpitalu, za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
 - b) **1 dzień** – jeżeli Pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem,

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

- c) **1 dzień** – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień Pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności

koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
- a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) spożywanie lub pozostawianie przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, 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) prowadzenie 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) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - l) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - m) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - n) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - o) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - p) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,

- q) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - r) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - s) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu związany był z leczeniem Chorób lub leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub chorobami, których objawy były diagnozowane lub leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 3.

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku AHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem AHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy 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).
- 4) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 6) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 7) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 8) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 10) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez 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. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawanie w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy

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

- f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego ATHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem ATHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ATHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy 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).
- 4) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 10) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu

- wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
- 11) „Statek powietrzny” – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
 - 12) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową.
Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa 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 wygaśa.

Art. 3 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

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

3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Wypadku komunikacyjnego, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Wypadkiem komunikacyjnym,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności 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. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawanie w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - h) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WAHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WAHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy 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).
- 4) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,

c) w czasie trwania podróży służbowej.
W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Wypadku przy pracy.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa 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 wygaśa.

Art. 3 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany Wypadkiem przy pracy i trwał co najmniej 1 dzień, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia

zajścia Wypadku przy pracy. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,

4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem

Pobyty w szpitalu Ubezpieczonego były:

- a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez Pracodawcę.
 - e) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - f) pozostawanie w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 3.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem HSHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy 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).
- 4) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 11) **„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.

12) „**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.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu,
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym

- a) mowa w Art. 10 ust. 1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
- b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.
3. 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 okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 3, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 3, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

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

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
- Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 kolejne dni** – jeżeli pobyt był spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu jest płatne od 1 dnia Pobytu w szpitalu, za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
 - 1 dzień** – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień Pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
- Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
- W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
- Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - karty wypisu ze Szpitala,
 - karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - działania wojenne lub stan wojenny,
 - akty terroryzmu,
 - czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
- Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

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

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego CDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 CDB14 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”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) **„Dzienne świadczenie”** – kwota określona w polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 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, wygasa 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 wygasa.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym

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

3. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego spowodowanej Niezszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust. 3.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 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 Nationale-Nederlanden, 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 Rekonwalescencją Ubezpieczonego. W okresie karencji, o którym mowa w Art. 3 ust. 1 i 2, dienne 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 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 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. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Rekonwalescencja Ubezpieczonego nie nastąpiła bezpośrednio po Pobycie w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.

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

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium SSB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w sanatorium mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SSB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 SSB14 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”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) **„Sanatorium”** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład leczenia zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, 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) należy 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. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust. 3.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:

- a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesiące ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasa w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesiące od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesiące od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
- a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.
- 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.
 - 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 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 Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium nie był w bezpośrednim związku z Pobytem w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.
2. Nationale-Nederlanden 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.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

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 Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia ubezpieczonego STB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem STB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 STB14 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 w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
- 4) **„Chemioterapia”** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przy najmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L wg klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.
- 5) **„Radioterapia”** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.
- 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 Nationale-Nederlanden 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 Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.
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 Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja.

2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja.
3. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Specjalistycznego leczenia spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust. 4.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasa w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 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 Nationale-Nederlanden świadczenia z tytułu

Specjalistycznego leczenia, wymienionego w Art. 2 ust. 2, odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wygasa w zakresie tego Specjalistycznego leczenia. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii Nationale-Nederlanden wypłaca tylko jedno świadczenie.

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Specjalistyczne leczenie związane było z leczeniem Chorób lub leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub chorobami, których objawy były diagnozowane lub leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej

- z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. 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.
 4. Nationale-Nederlanden 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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego MCR14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MCR14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, 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 MCR14 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) **„Ubezpieczenie lekowe”** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów i leków zaleconych lub przepisanych przez Lekarza, w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, przysługujące Ubezpieczonemu po Pobytku 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 Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna Karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do Ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym

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

3. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasa w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością

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

Art. 4 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. Nationale-Nederlanden 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 Nationale-Nederlanden 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 Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden 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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu SHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu.

Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).

- 5) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 8) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 9) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.
3. W czasie karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust. 3.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub

zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.

5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Małżonka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) **3 kolejne dni** – jeżeli pobyt był spowodowany Chorobą. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Chorobą jest płatne od 1. dnia Pobytu w szpitalu, za każdy dzień Pobytu w szpitalu,

- b) **1 dzień** – jeżeli pobyt był spowodowany Niestety wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Niestety wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
 - c) **1 dzień** – jeżeli Małżonek od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień Pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
 5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobyków. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
 6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
 7. Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Małżonka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Małżonka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Niestety wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Niestety wypadkiem,
 - f) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań

laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Małżonka były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Małżonka lub okaleczenie Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) spożywanie lub pozostawanie przez Małżonka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - h) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Niestety wypadków,
 - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Niestety wypadków,
 - k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - l) udział Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - m) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,

- n) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - o) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - p) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - q) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - r) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Małżonka zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - s) zdarzenie, w którym Małżonek uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu związany był z leczeniem Chorób lub leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub chorobami, których objawy były diagnozowane lub leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 3.

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzą w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku SAHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem SAHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SAHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Małżonka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej **1 dzień** i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Małżonka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności 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. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów

- o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu CHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. Miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25 roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 8) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 9) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.
3. W czasie karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 7 ust. 3.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła

w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.

5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) **3 kolejne dni** – jeżeli pobyt był spowodowany Chorobą. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Chorobą jest płatne od 1. dnia Pobytu w szpitalu, za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
 - b) **1 dzień** – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem,

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

- c) **1 dzień** – jeżeli Dziecko od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu przebywało na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Dziecka w szpitalu. Nationale-Nederlanden nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Dziecka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) spożywania lub pozostawiania przez Dziecko pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, który nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków, i) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - k) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - l) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko,
 - m) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - n) leczenia związanego niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - o) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,

- p) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - q) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - r) zdarzenie, w którym Dziecko uczestniczyło jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu związany był z leczeniem Chorób lub leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub chorobami, których objawy były diagnozowane lub leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 3.

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku CAHDB14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CAHDB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CAHDB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. Miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego Szpitala. Za pobyt

w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.

- 4) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 5) **„OIOM” (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 8) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

- rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w Art. 10 ust. 1 pkt. b) Warunków Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu jest dziennie świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej **1 dzień** i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni Pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni Pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego oraz Dziecka,
 - c) karty wypisu ze Szpitala Dziecka,
 - d) karty wypisu ze Szpitala określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) odpisu aktu urodzenia dziecka,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez 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. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następnym:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawiania Dziecka w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych

- na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, który nie było do tego uprawnione lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR14_A+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MSR14_A+.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR14_A+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wykonany przez lekarza uprawnionego do jego wykonania przeprowadzony w Szpitalu w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym, konieczny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia choroby lub zmniejszenia skutków urazów spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem. Nationale-Nederlanden odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków. W rozumieniu Warunków operacją nie jest zabieg przeprowadzony jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku do Warunków.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

1. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 2-miesięczna karencja.
2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna karencja.
3. W czasie karencji, o której mowa w ust. 1 i 2, Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem Art. 6 ust. 3.
4. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez okres co najmniej 3 miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanej Umowy dodatkowej, wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku osoby, o której mowa w ust. 4, w razie zajścia zdarzenia określonego w niniejszej Umowie dodatkowej w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 nie wyższe jednak niż określone w niniejszej Umowie dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

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

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

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

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało

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

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - i) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - k) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - l) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - m) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - n) leczenia związanego niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - o) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - p) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - q) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - r) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja związana była z leczeniem Chorób lub leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja związana była z chorobami, których objawy były diagnozowane lub leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR14_A

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem MSR14_A.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR14_A podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Operacja”** – zabieg wykonany przez lekarza uprawnionego do jego wykonania przeprowadzony w Szpitalu w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym, konieczny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia choroby lub zmniejszenia skutków urazów spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem. Nationale-Nederlanden odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków. W rozumieniu Warunków operacją nie jest zabieg przeprowadzony jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji w Załączniku do Warunków.
- 2) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.

- 3) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 4) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 5) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

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

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty wypisu ze Szpitala,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 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. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których Ubezpieczony został

poddany Operacji, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zazywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
 4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

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

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM14.

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2015 z dnia 30 czerwca 2015 r., wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2015 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego MSR14_A+ oraz Umowy dodatkowej dotyczącej operacji ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem MSR14_A

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 – A09)

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II
A09	Neurostymulacja mózgu	Kategoria II

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

A12	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	Kategoria III
A13	Rewizja wentrykulostomii	Kategoria III
A17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	Kategoria III
A22	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	Kategoria II

Nerwy czaszkowe (A24 – A33)

A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	Kategoria I
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A33	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	Kategoria III

A Opony mózgowe (A38 – A42)

A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwiaka nad-i podoponowego	Kategoria II

Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 – A57)

A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A56	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	Kategoria III
A57	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	Kategoria I

Nerwy obwodowe (A59 – A67)

A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A61	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III
A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV

Inne części układu nerwowego (A75)

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	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
-----	--------------------	-------------

Tarczyca i przytarczycy (B08 – B14)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
-----	---	---------------

B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
-----	---	--------------

B10	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-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 mlekołożnych 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 rozdzielenie 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	Zespoleenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespoleenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	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	Zespoleenie 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 (jejunostomii)	Kategoria III
G61	Zespoleenie 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	Zespoleenie omijające jelito kręte	Kategoria III
G73	Rewizja zespolenia jelita krętego	Kategoria III
G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	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	Zespoleenie 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	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
H42	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	Kategoria III

Odbyt i okolica okołoodbytowa (H48 – H59)

H48	Operacja szczeliny odbytu	Kategoria V
H49	Operacja ropnia okołoodbytniczego	Kategoria V
H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H52	Zniszczenie guzków krwawniczych	Kategoria V

H55	Operacja przetoki okołodbytniczej	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	Zespolenie 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	Zespolenie przewodu wątrobowego	Kategoria I
J30	Zespolenie 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 strony 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	Zespolenie 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 tetralogii 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 serca	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	Przeżylna 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	Przeznaczyniowe zabiegi dotyczące układu bódźoprzewodzącego i bódźcotwórczego	Kategoria III
K60	Przeżylny wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K61	Inny system rozrusznika serca	Kategoria I
K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Wycięcie osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV

Duże naczynia i tętnica płucna (L01 – L13)

L01	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca 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

Odgałęzienia 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 brzusznej 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 tętniczo-żylne	Kategoria IV
L75	Usunięcie zespolenia tętniczo-żylnego	Kategoria IV
Żyły (L82 – L90)		
L82	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	Kategoria IV
L90	Usunięcie skrzepliny z żyły metoda 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 nefroskopii	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	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 lechtaczki	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	Nacięcie kanału 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. Więzadło 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 przewodu limfatycznego	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 tyłostopia	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 odłamy 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 międzypalcikowe usztywnienie stawu (artrodeza)	Kategoria IV
W60	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	Kategoria III
W65	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	Kategoria III
W67	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia 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 kikutu po amputacji	Kategoria IV
X13	Amputacja palców częściowa lub całkowita	Kategoria V
X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II

Skontaktuj się z nami:

**Nationale-Nederlanden
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**

 **www.nn.pl**

 **info.grupowe@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**