nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie „Gwarancja jutra”

OWU/ENT1/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl

Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1 **Skorzystaj z Moje NN**

na stronie www.nn.pl.

2 **Po zalogowaniu lub rejestracji konta:**

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

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Co możesz zabezpieczyć z ubezpieczeniem na życie i dożycie „Gwarancja jutra”?

Ubezpieczenie na życie i dożycie „Gwarancja jutra” w skrócie

Zabezpieczenie Twoich bliskich

Podstawowa umowa ubezpieczenia na życie i dożycie
Tymczasowe ubezpieczenie na życie
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

Ochrona życia i zdrowia

Poważne zachorowania, w tym nowotwory

Poważne choroby bez nowotworów
- Pre-Diagnoza i badania genetyczne
- Pakiet Kardiolog
- Pakiet Neurolog

Na wypadek nowotworu ONA
Na wypadek nowotworu ON
- Pre-Diagnoza i badania genetyczne
- Pakiet Onkolog

Poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie
Diagnostyka w kierunku poważnych chorób
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”
Zdrowie psychiczne

Wsparcie w razie diagnozy cukrzycy oraz dla osób chorych na cukrzycę

Diagnoza cukrzycy
- Refundacja leków na cukrzycę

Poważne choroby i powikłania po cukrzycy
Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą

Leczenie szpitalne lub operacja

Leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW
Powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW
Leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW
Powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW
Choroba wymagająca leczenia operacyjnego

Wsparcie w razie nieszczęśliwych wypadków

Na wypadek uszkodzenia ciała
- Pakiet Ortopeda Plus

Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku

Wsparcie finansowe w razie niezdolności do samodzielnego życia lub pracy

Pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy
Przejęcie opłacania składek

Tabela Limitów i Opłat

Informacja o uwzględnianiu ryzyk dla zrównoważonego rozwoju przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

nationale nederlanden

Ubezpieczenie na życie i dożycie „Gwarancja jutra” w skrócie

OWU/ENT1/1/2025

Przedstawiamy rozwiązanie dla tych, którzy chcą połączyć ochronę życia i zdrowia z gromadzeniem kapitału na przyszłość.

Co daje Ci to ubezpieczenie?

- **Wszechstronnie Cię chroni**
  Ta oferta zabezpiecza finansową przyszłość Twoich bliskich na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło, pozwala Ci gromadzić pieniądze na przyszłe potrzeby i jednocześnie daje Ci dostęp do wielu Umów dodatkowych o różnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
- **Zmienia się razem z Tobą**
  Polisę możesz dopasować do aktualnych potrzeb, np. jeśli rozszerzysz jej zakres ochrony o kolejne Umowy dodatkowe.
- **Daje Ci gwarancję wysokości świadczenia na wypadek śmierci i z tytułu dożycia, jeżeli utrzymasz umowę do końca okresu ubezpieczenia.**
  Już w momencie zawierania umowy wiesz, jaką minimalną kwotę otrzymasz w przypadku wypłaty świadczenia. Kwota ta może być podwyższona – na skutek indeksacji lub doliczenia udziału w zysku. Będzie niższa tylko wówczas, gdy obniżysz sumę ubezpieczenia, skorzystasz z zawieszenia opłacania składek lub zamienisz umowę w bezskładkową.

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

To ubezpieczenie działa na całym świecie, 24 godziny na dobę.

Na jak długo zawierasz z nami umowę?

Umowę podstawową zawierasz z nami na minimum 10 lat. Umowa może trwać najdłużej 30 lat i musi zakończyć się w najbliższą rocznicę umowy po 75. urodzinach Ubezpieczonego. Okresy ubezpieczenia dla Umów dodatkowych są krótsze. Szczegółowe informacje dla każdej Umowy dodatkowej znajdziesz w jej Ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU).

Ile pieniędzy wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci osoby, która jest ubezpieczona?

W przypadku śmierci osoby, która jest ubezpieczona wypłacimy Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. Kwota ta może być powiększona o dodatkową sumę ubezpieczenia wynikającą z naliczonego do tego dnia udziału w zysku. Inne świadczenia będą zależeć od tego, jakie Umowy dodatkowe i Sumy ubezpieczenia wybierzesz.

Jaką kwotę otrzyma osoba ubezpieczona, jeśli upłynie okres, na jaki została zawarta umowa?

W przypadku gdy umowa dobiegnie końca zgodnie z okresem, na jaki została zawarta, wypłacimy osobie ubezpieczonej świadczenie z tytułu dożycia. Kwota świadczenia będzie równa Sumie ubezpieczenia. Jeśli umowa nie przeszła w tryb bezskładkowy, to powiększymy świadczenie o dodatkową sumę ubezpieczenia wynikającą z naliczonego udziału w zysku, a także o wartość świadczenia dodatkowego.

Jakie dokumenty są potrzebne, aby dostać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje na ten temat znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy podstawowej i Umów dodatkowych. Wszystkie dokumenty w języku obcym powinny być przetłumaczone na język polski, zanim dostarczysz je do nas. Wtedy szybciej rozpatrzymy Twoje zgłoszenie i wypłacimy Świadczenie z ubezpieczenia.

Co możesz zrobić jeśli jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub dotyczy Cię ustawodawstwo i jurysdykcja USA?

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. działa na podstawie prawa polskiego oraz oferuje ubezpieczenia wyłącznie zgodnie z tym prawem.

Towarzystwo ani oferowane przez Towarzystwo produkty nie przeszły żadnej procedury rejestracji poza granicami Polski. Przepisy innych państw mogą przewidywać dla swoich obywateli lub innych podmiotów podlegających ich ustawodawstwu ograniczenia możliwości inwestowania w produkty o inwestycyjnym charakterze.

W szczególności, jeżeli jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub z innego tytułu wynikającego z Twojego statusu dotyczy Cię odpowiednie ustawodawstwo i jurysdykcja tego Państwa, w tym amerykańska ustawa o papierach wartościowych z 1933 roku (US Securities Act 1933) i inne przepisy powiązane, produkt ten może nie być dla Ciebie odpowiednim. W takich przypadkach radzimy uzyskać poradę prawną amerykańskiego prawnika, czy ograniczenia wynikające z amerykańskiego ustawodawstwa, będą miały do Ciebie zastosowanie, w sytuacji gdy zainwestujesz w nasz produkt o inwestycyjnym charakterze.

Czy w trakcie trwania Umowy możesz coś zmienić?

Tak. W czasie trwania Umowy możesz zmienić:

- częstotliwość opłacania Składki,
- metodę opłacania Składki,
- wysokość Sum ubezpieczenia w umowach dodatkowych lub obniżyć Sumę ubezpieczenia w umowie podstawowej, z zachowaniem obowiązujących limitów,
- Właściciela polisy (wtedy inna osoba przejmie Twoje prawa i obowiązki z tytułu Umowy, np. prawo do wypłaty, obowiązek opłacania Składki, itd.),
- osoby uposażone (tylko jeśli jesteś osobą ubezpieczoną).

Możesz również zmienić zakres ochrony – dodawać nowe lub rezygnować z obecnych Umów dodatkowych – zgodnie z aktualnymi potrzebami i sytuacją życiową.

Jakie zniżki możesz dostać?

W ramach tego ubezpieczenia możesz skorzystać ze zniżki za częstotliwość opłacania składki (gdy płacisz rzadziej niż co miesiąc).

Czym jest i na czym polega indeksacja?

Indeksacja to propozycja podwyższenia Sum ubezpieczenia w Twoim ubezpieczeniu. Nationale-Nederlanden składa ją swoim klientom co roku. Listownie informujemy o tym, że podwyższamy Sumy ubezpieczenia o minimum 3%. Tak chcemy chronić Twoje przyszłe wypłaty przed spadkiem wartości pieniądza w czasie (np. z powodu inflacji). Indeksacja podwyższa też Składkę (zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach ubezpieczenia). Jeśli chcesz skorzystać z indeksacji, wystarczy, że wpłacisz Składkę w nowej wysokości. Jeśli chcesz pozostać przy starej Składce (bez indeksacji), poinformuj nas o tym. Możesz do nas zadzwonić pod numer 801 20 30 40. W innej sytuacji - będziemy oczekiwać wpłaty Składki podwyższonej.

Czy możesz zrezygnować z ubezpieczenia?

Tak. Niezależnie od powodu możesz odstąpić od Umowy w terminie 30 dni od dnia otrzymania polisy. W takim przypadku otrzymasz zwrot wpłaconej Składki. Po tym czasie, w każdym momencie możesz zrezygnować z ubezpieczenia. Wówczas wypłacimy Ci wartość wykupu oraz Dodatkową sumę ubezpieczenia wynikającą z naliczonego ewentualnego udziału w zysku. Kwoty wartości wykupu za pełne lata ubezpieczenia zawarte są w polisie. Dodatkowo wartość wykupu Twojej umowy na dany dzień oraz Dodatkową sumę ubezpieczenia znajdziesz na swoim koncie w serwisie Moje NN.

Czy można kontynuować Umowę po śmierci właściciela polisy?

Tak, jest to możliwe, gdy Ubezpieczony lub inne osoby (np. spadkobiercy) zgłoszą się do nas w ciągu 30 dni po śmierci Właściciela polisy. Wtedy wspólnie ustalimy, jak kontynuować Umowę.

Nie jest to możliwe, jeśli Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.

Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z Umowy?

Dla osób fizycznych – kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy są zwolnione od podatku (na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).

Dla przedsiębiorców (osób prawnych) kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy podlegają opodatkowaniu (zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych).

Jakie są obowiązki związane z pytaniami, które zadajemy przed zawarciem Umowy?

Zarówno właściciel polisy, jak i osoba objęta ochroną ubezpieczeniową zobowiązani są, by odpowiedzieć zgodnie z prawdą na pytania zadane przez nas, gdy:

- Zawieramy Umowę,
- Podwyższamy Sumę ubezpieczenia w umowach dodatkowych,
- Zawieramy inną Umowę dodatkową.

Gdy naruszysz ten obowiązek, w niektórych wypadkach Nationale-Nederlanden może być zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU)?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej Umowy. Na ich podstawie wykonujemy wszystkie zmiany w czasie trwania Umowy i podczas wypłaty. Nasze OWU tworzymy tak, abyś mógł łatwo odszukać odpowiedź na swoje pytanie (np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową? jaki jest zakres Umowy? jak długo ona trwa?).

W OWU niektóre słowa i zwroty piszemy wielką literą. Wyjaśnienie ich znaczenia znajdziesz w **słowniczku z definicjami**.

Jaką korespondencję będziesz otrzymywać od Nationale-Nederlanden?

Pierwszym dokumentem, jaki otrzymasz będzie potwierdzenie zawarcia Umowy, do którego dołączymy tabelę z wartościami wykupu oraz sumami ubezpieczenia bezskładkowego dla Twojej umowy na pełne lata jej trwania. Co roku, wraz z kolejnymi rocznicami rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będziesz otrzymywać dokument z najważniejszymi informacjami o Twoim ubezpieczeniu.

Dlaczego prosicie o mój numer telefonu komórkowego i adres e-mail?

Dzięki temu, że podasz nam swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail, zawsze możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące Umowy. To przyda się Tobie i nam w wielu sytuacjach, np. gdy nie zrozumiemy Twojej dyspozycji, lub gdy Twoja Składka nie wpłynie do nas w terminie.

Ponadto, jeśli będziesz chciał utworzyć i aktywować konto w strefie klienta Moje NN, to właśnie na Twój numer telefonu otrzymasz jednorazowy kod SMS. Kod ten umożliwi aktywację Twojego konta.

Czym jest strefa klienta Moje NN i jak możesz uzyskać do niej dostęp?

Moje NN to platforma, w której w prosty, wygodny sposób możesz sprawdzić szczegóły swojego ubezpieczenia. Pozwala ona na łatwe zarządzanie Twoimi danymi oraz polisą.

Aby założyć konto w Moje NN:

1. Wejdź na stronę **aktywacji konta**. Aktywuj konto.
2. Podaj podstawowe dane. Wpisz PESEL, e-mail oraz numer telefonu komórkowego (zarejestrowanego w Polsce).
3. Utwórz hasło i zaakceptuj regulamin.
4. Potwierdź tożsamość przez kod wysłany SMSem.
5. Zaloguj się i korzystaj z Moje NN.

W jaki sposób możesz złożyć reklamację?

Dbamy o to, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. Jeśli masz zastrzeżenia, które dotyczą naszych usług, to możesz zwrócić się do nas na kilka sposobów:

- elektronicznie – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie www.nn.pl,
- ustnie – telefonicznie pod numerem 22 522 71 24 lub 801 20 30 40 albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie,
- pisemnie – osobiście, w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie lub przesyłką pocztową, którą nadasz na nasz adres ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20.

Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

Reklamację na działanie Nationale-Nederlanden może złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z tytułu Umowy ubezpieczenia, albo spadkobierca, który posiada interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy. Odpowiedzi na Reklamacje udzielamy niezwłocznie, nie później niż w ciągu 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie Reklamacji nie jest możliwe w tym czasie, poinformujemy osobę, która ją zgłasza o nowym, przewidywanym terminie rozpatrzenia Reklamacji. Termin ten wraz z udzieleniem odpowiedzi nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Reklamację w sprawie związanej z Umową możesz też złożyć do Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego.

Wszelkie opinie naszych klientów są dla nas bardzo cenne, ponieważ wpływają na jakość naszych usług i standardów obsługi.

Jak możesz się z nami skontaktować?

Zachęcamy do zarządzania polisą on-line w strefie klienta Moje NN dostępnej pod adresem: https://logowanie.nn.pl/. Wystarczy, że założysz konto, a będziesz mieć dostęp online do swojej polisy przez 24 godziny na dobę. Przygotowaliśmy też formularze, z których w razie potrzeby możesz skorzystać w czasie trwania Twojego ubezpieczenia. Znajdziesz je na stronie internetowej www.nn.pl.

W razie dodatkowych pytań, zawsze możesz do nas zadzwonić lub napisać:

Centrum Obsługi Telefonicznej:

801 20 30 40

22 522 71 24

e-mail: info@nn.pl

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie „Gwarancja jutra”

OWU/ENT1/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl

Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz, na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i dożycie „Gwarancja jutra” nr OWU/ENT1/1/2025 (OWU) i Tabeli limitów i opłat nr TLiO/ENT1/2/2024 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU, TLiO i OF

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 11, Art. 14-18 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 19 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Art. 11 Informacja o wartości wykupu znajduje się w Dokumencie ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie „Gwarancja jutra”

OWU/ENT1/1/2025

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem ENT1, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i dożycie nr OWU/ENT1/1/2025, zwanych dalej Warunkami

Art. 1. Co oznaczają używane pojęcia?

Wszystkie zdefiniowane pojęcia oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Tu znajdziesz te, które występują najczęściej

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie

1. **Nationale-Nederlanden** alby My – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 (inaczej Ubezpieczyciel).
2. **Właściciel polisy** albo Ty – to osoba, która zawarła z nami Umowę i opłaca Składkę.
3. **Ubezpieczony główny** – to osoba, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej (dalej Ubezpieczony); Ubezpieczony może być także objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej.

… oraz inne pojęcia, których używamy:

4. **Dodatkowa suma ubezpieczenia** – kwota będąca sumą naliczonego udziału w zysku wyliczana na zasadach opisanych w artykule 15.
5. **Dokument ubezpieczenia** – polisa potwierdzająca zawarcie Umowy albo dokument wystawiony przez nas w czasie jej trwania, w którym potwierdzamy istotne postanowienia Umowy.
6. **Dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
7. **Dzień zakończenia Umowy** – data wskazana w Dokumencie ubezpieczenia jako dzień zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej.
8. **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.
9. **Miesiąc polisowy** – okres rozpoczynający się tego samego dnia każdego kolejnego miesiąca. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to Miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.

Przykład: jeśli dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypada 31 stycznia, to kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się ostatniego dnia lutego.

10. **Przedstawiciel** – osoba wykonująca czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie agenta ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
11. **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
12. **Rok polisowy** – pierwsze 12 Miesięcy polisowych liczone od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie kolejne 12-miesięczne okresy.
13. **Składka** – suma Składki ochronnej oraz pozostałych składek za Umowę dodatkową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Umowę dodatkową o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego, Umowę dodatkową o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego, regularnie wpłacanych przez Właściciela polisy z tytułu Umowy na rachunek bankowy wskazany przez nas, w uzgodnionej wysokości i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.

14. **Składka ochronna** – suma składki za Umowę podstawową oraz składek za Umowy dodatkowe, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności Nationale-Nederlanden.
15. **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Dokumencie ubezpieczenia, która stanowi podstawę do wyliczenia Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub dożycia przez niego Daty zakończenia Umowy.
16. **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną: śmierci Ubezpieczonego lub dożycia przez niego Daty zakończenia Umowy.
17. **Świadczenie dodatkowe** – kwota, jaką wypłacimy dodatkowo w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego Daty zakończenia Umowy na warunkach opisanych w art. 16.
18. **Tabela limitów i opłat** – dokument, w którym podajemy stawki opłat, rabaty (zniżki), limity i wskaźniki stosowane w Umowie. Dokument ten stanowi integralną część Umowy i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
19. **Umowa dodatkowa inwestycyjna** – część Umowy zapewniająca możliwość inwestowania środków w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwana dalej Umową inwestycyjną.
20. **Umowa dodatkowa ochronna** – część Umowy zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową, zwana dalej Umową dodatkową. Do tej kategorii nie zaliczamy Umów dodatkowych inwestycyjnych.
21. **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie i dożycie dotycząca Ubezpieczonego.
22. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa podstawowa łącznie z Umowami dodatkowymi i Umowami inwestycyjnymi; Umowa ubezpieczenia zwana jest dalej Umową.
23. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacimy Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
24. **Wartość wykupu** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku rozwiązania Umowy przed Dniem zakończenia Umowy.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy podstawowej i w jakim zakresie?

1. Możemy objąć ochroną ubezpieczeniową osobę, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 66. roku życia.
2. Ubezpieczamy życie Ubezpieczonego. W przypadku jego śmierci w okresie ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Świadczenie Uposażonym lub innym osobom uprawnionym. Jeśli Ubezpieczony pozostanie przy życiu w Dniu zakończenia Umowy wypłacimy mu Świadczenie z tytułu dożycia.

Art. 3 Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa i gdzie działa ubezpieczenie?

1. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej oraz Dzień zakończenia Umowy i dzień zakończenia Umowy dodatkowej wskazujemy w polisie lub innym Dokumencie ubezpieczenia.
2. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę, na całym świecie.
3. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej Umowy dodatkowej rozpoczyna się w pierwszym dniu Miesiąca polisowego następującego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.

Art. 4 W jaki sposób jest zawierana Umowa?

1. Umowa zawierana jest na podstawie Twojego wniosku, za zgodą Ubezpieczonego. Aby doszło do zawarcia Umowy wniosek musi być przez nas zaakceptowany, a Ty musisz opłacić pierwszą Składkę.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową albo w czasie trwania Umowy jako dokupienie.
3. W ramach Umowy może zostać zawarta:
   - jedna Umowa dodatkowa danego rodzaju
   - jedna Umowa inwestycyjna danego rodzaju, przy czym umowa taka może być zawarta, gdy Ubezpieczony główny jest jednocześnie Właścicielem polisy.
4. Dokupienie Umowy dodatkowej jest możliwe tylko wtedy, gdy zaakceptujemy wniosek.
5. Przed zawarciem Umowy lub dokupieniem Umowy dodatkowej możemy zwrócić się do Ubezpieczonego z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu jego zdrowia, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu lub hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie Umowy lub Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Ubezpieczonego lub Twojej.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Ciebie i Ubezpieczonego o:
   a) możliwości zawarcia Umowy lub Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Ciebie wniosku,
   b) odmowie zawarcia Umowy lub Umowy dodatkowej.
7. Jeśli we wniosku o zawarcie Umowy lub Umowy dodatkowej Ty lub Ubezpieczony podaliście dane niezgodne z prawdą lub zatailiście prawdę o okolicznościach, o które pytaliśmy przy zawieraniu Umowy lub Umowy dodatkowej, a okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będziemy wolni od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony dotyczącej danego zdarzenia, nie będziemy mogli podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
8. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta pod warunkiem, że:
   a) Właściciel polisy lub
   b) Ubezpieczony, lub
   c) osoby działające w ich imieniu

   nie znajdują się na jakiejkolwiek liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne). W przypadku, gdy zidentyfikujemy, że jakakolwiek z wymienionych tutaj osób znajduje się na liście sankcyjnej, poinformujemy w ciągu 10 dni od wystawienia polisy o tym, że umowa nie została zawarta a wystawiony Dokument ubezpieczenia jest nieważny. W przypadku, gdy osoby te nie występują na listach sankcyjnych Umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia wystawienia polisy.
9. Dyspozycje Właściciela polisy dotyczące zmiany Właściciela polisy realizowane są pod warunkiem, że nowy Właściciel polisy lub osoba działająca w jego imieniu nie znajduje się na listach sankcyjnych. W przypadku zidentyfikowania, że któraś z osób wymienionych w zdaniu poprzednim znajdują się na liście sankcyjnej, poinformujemy w ciągu 10 dni od dnia zrealizowania dyspozycji Właściciela polisy o braku jej skuteczności.

Art. 5 Jak długo trwa Umowa?

1. Umowa podstawowa zawierana jest na okres nie krótszy niż 10 lat i nie dłuższy niż 30 lat.
2. Umowa wygasa:
   a) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   b) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   c) w przypadku zmiany w Umowie, która spowodowała obniżenie Składki ochronnej poniżej limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat.
3. Umowa zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Właściciela polisy do zapłaty Składki, po upływie 60 dni od dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki. W takim przypadku wypłacimy Właścicielowi polisy Wartość wykupu na dzień poprzedzający dzień wymagalności Składki oraz Dodatkową sumę ubezpieczenia naliczoną do tego dnia.
4. W każdym momencie możesz wypowiedzieć Umowę lub Umowę dodatkową. W takim przypadku musisz złożyć nam wniosek w formie pisemnej lub innej uzgodnionej z nami formie. Jeżeli doręczysz nam lub Przedstawicielowi wypowiedzenie nie później niż na 10 Dni roboczych przed końcem Miesiąca polisowego Umowa lub Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana z końcem Miesiąca polisowego, w którym ten wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden albo Przedstawicielowi. Umowa lub Umowa dodatkowa wygaśnie najpóźniej z końcem następnego Miesiąca polisowego, jeżeli wniosek został dostarczony do siedziby Nationale-Nederlanden albo Przedstawicielowi później niż na 10 Dni roboczych przed końcem Miesiąca polisowego, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie lub wygaśnięcie z innych przyczyn.
5. Możesz odstąpić od Umowy lub od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. W przypadku gdy umowa została zawarta na odległość termin liczymy od dnia otrzymania Dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji opisanych w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta. W przypadku odstąpienia zwrócimy wpłaconą Składkę w terminie 10 Dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy. Zrobimy to, o ile będziemy w stanie prawidłowo zidentyfikować Właściciela polisy i zweryfikować jego tożsamość. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej zwrócimy Składkę za Umowę dodatkową. Wskazane jest, abyś w oświadczeniu o odstąpieniu podał numer rachunku bankowego do zwrotu Składki.

Art. 6 W jaki sposób Umowa dodatkowa może zostać przedłużona?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej możemy przekazać Ci propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej. W propozycji podamy informację o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile nie zrezygnujesz z przedłużenia Umowy dodatkowej w sposób opisany poniżej, przedłużenie następuje w dniu następnym po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekażemy Ci propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej albo zrezygnujesz z zaproponowanego przez nas przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Nowa składka jest ustalana stosownie do aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia zgodnie z aktualną taryfą Nationale-Nederlanden.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach szczególnych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie Twojego oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia. Oświadczenie powinieneś przekazać do nas najpóźniej 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli przekażesz do nas informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiadania Umów dodatkowych opisanych w Warunkach.
3. Możesz przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w postaci elektronicznej.

Art. 8 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać? Kiedy przysługuje jej zwrot?

1. Wysokość składki za Umowę podstawową ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek w zależności od wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz z ewentualnym uwzględnieniem rabatów lub szczególnych warunków Umowy podstawowej.
2. Minimalna wysokość Składki ochronnej oraz rabaty obowiązujące w ramach Umowy wskazane są w Tabeli limitów i opłat. Limit minimalnej Składki ochronnej obowiązuje przez cały czas trwania Umowy, chyba że obniżenie Składki ochronnej poniżej tego limitu nastąpi w wyniku wygaśnięcia Umowy dodatkowej na skutek wypłaty świadczenia z jej tytułu lub przekroczenia limitu wieku Ubezpieczonego.
3. Wysokość Składki, z uwzględnieniem udzielonych rabatów, oraz terminy jej opłacania, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Składka może ulec zmianie w przypadku:
   a) zawarcia, przedłużenia lub rozwiązania Umowy dodatkowej,
   b) obniżenia Sumy ubezpieczenia lub zmiany Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
   c) zmiany wariantu Umowy dodatkowej,
   d) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
   e) zmiany częstotliwości opłacania Składki.
5. Każda zmiana powodująca podwyższenie Składki, wprowadzona do Umowy w terminie innym niż termin płatności, powoduje konieczność dopłaty.
6. Za dzień opłacenia Składki przyjmujemy dzień wpływu środków na nasz rachunek.
7. Jeśli spóźniasz się z płatnością Składki, to zaliczymy otrzymaną Składkę na poczet Składki najdawniej wymaganej.
8. Możesz wybrać miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną częstotliwość opłacania Składki. Zmiany częstotliwości opłacania Składki dokonujesz po uzgodnieniu z Nami.
9. Zwrócimy Ci Składkę za okres, w którym nie udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 9 Jak obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Obniżenie Sumy ubezpieczenia odbywa się na Twój wniosek, po naszej akceptacji.
2. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona o ile spełnione będą wszystkie poniższe warunki:
   a) miną 2 Lata polisowe od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
   b) wszystkie należne Składki za Umowę zostaną opłacone,
   c) Składka ochronna po obniżeniu Sumy ubezpieczenia nie będzie niższa niż minimalna Składka ochronna określona w Tabeli limitów i opłat.

3. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę podstawową, a także zmianę Wartości wykupu oraz zmianę sum ubezpieczenia bezskładkowego na pełne lata obowiązywania Umowy.
4. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptowaliśmy wniosek.

Art. 10 Co to jest indeksacja?

1. Indeksacja jest to podwyższenie Sumy ubezpieczenia oraz Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, wynikającym ze wzrostu cen i kosztów utrzymania.
2. Wskaźnik indeksacji jest równy wyższej z wartości:
   a) 3%
   b) procentowemu wskaźnikowi wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy, opublikowanemu przez Główny Urząd Statystyczny nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania Właścicielowi polisy informacji o indeksacji.
3. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki. Wartość podwyższenia Składki zostanie wyliczona w oparciu o:
   a) różnicę pomiędzy Sumą ubezpieczenia po indeksacji i przed indeksacją,
   b) wiek Ubezpieczonego w dniu indeksacji,
   c) czasu, jaki pozostał od indeksacji do końca okresu, na jaki Umowa została zawarta,
   d) aktualną taryfę Nationale-Nederlanden oraz
   e) wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanego przy zawieraniu Umowy lub jej późniejszych zmianach, w zależności co nastąpiło później.
4. Propozycję indeksacji przekażemy najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Jeśli będziesz chciał zrezygnować z indeksacji, to powinieneś poinformować nas o tym (pisemnie, telefonicznie lub za pomocą udostępnionego przez nas systemu elektronicznego) najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Brak takiej informacji oznacza wyrażenie zgody na indeksację. Możesz zrezygnować z indeksacji w najbliższym Roku polisowym albo do odwołania. Jeśli rezygnacja dotyczy okresu dłuższego – możesz w dowolnym momencie zmienić decyzję. Wystarczy, że poinformujesz nas o tym najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Umowa nie zostanie zindeksowana, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji indeksacji Umowy.
7. Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej i Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy inwestycyjnej mogą zawierać inne niż opisane powyżej postanowienia dotyczące indeksacji.

Art. 11 Czym jest Wartość wykupu i kiedy jest wypłacana?

1. Wartość wykupu to kwota, którą otrzymujesz, w przypadku rozwiązania Umowy przed Dniem zakończenia Umowy, na skutek jej wypowiedzenia lub braku wpłaty Składki.
2. Wartość wykupu na pełne lata obowiązywania Umowy wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Wartość wykupu podana w Dokumencie ubezpieczenia zmienia się gdy:
   a) obniżysz Sumę ubezpieczenia lub
   b) zawiesisz opłacanie Składek, lub
   c) zamienisz Umowę w bezskładkową.

   Informację o nowej Wartości wykupu otrzymasz przed złożeniem wniosku o powyższe zmiany.
4. Wartość wykupu na dzień rozwiązania Umowy jest wyliczana na podstawie poniższego wzoru:

$$W = \frac{W_1 * x + (P-x) * W_2}{P}, \text{ gdzie}$$

W_1 – Wartość wykupu dla tylu pełnych Lat polisowych ile trwała Umowa
W_2 – Wartość wykupu dla tylu pełnych Lat polisowych, gdyby Umowa potrwała do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej następującej bezpośrednio po dacie wykupu,
x – liczba dni od daty wykupu do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej następującej bezpośrednio po dacie wykupu,
P – liczba dni pomiędzy rocznicami, na które liczone są wartości W_1 i W_2.

Przykład:
Jeśli zdecydujesz się zrezygnować z Umowy w 12. Roku polisowym, czyli po upływie 11 pełnych lat obowiązywania Umowy Wartość wykupu wyliczymy w sposób następujący:

1. Załóżmy, że rocznica rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypada 1 maja, a umowa jest rozwiązywana 31 lipca 2034 r.
2. Patrzymy na Wartość wykupu po 11 latach obowiązywania Umowy i po 12 latach obowiązywania Umowy. Wartości te wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.

   W_1 – Wartość wykupu po pełnych 11 latach – 15 900 zł
   W_2 – Wartość wykupu po pełnych 12 latach – 17 800 zł
   x – liczba dni od 31 lipca 2034 r. do 1 maja 2035 r. czyli 274
   P – liczba dni pomiędzy rocznicami – 365

3. Podstawiając powyższe liczby do wzoru, otrzymamy Wartość wykupu:

$$W = \frac{15\,900 * 274 + (365 - 274) * 17\,800}{365}$$, czyli

$$W = \frac{4356600 + 1619800}{365} = 16\,373{,}70\ zł$$ – taką kwotę otrzymasz.

5. W przypadku wykupu Umowy otrzymasz Wartość wykupu oraz Dodatkową sumę ubezpieczenia naliczoną do dnia wykupu, a także zwrot Składki za niewykorzystany czas ochrony. Wypłata nastąpi w terminie 10 Dni roboczych od dnia realizacji wykupu.

Art. 12 Czym jest zawieszenie opłacania Składek?

1. Możesz złożyć wniosek o zawieszenie opłacania Składek, o ile spełnione są poniższe warunki łącznie:
   a) od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej minęło co najmniej 2 lata
   b) Wartość wykupu Umowy na dzień rozpoczęcia zawieszenia opłacania składek osiągnęła wartość równą co najmniej sumie Składek za Umowę za okres, w jakim składka miałaby być zawieszona.
2. Opłacanie Składek jest zawieszone na okres ustalony przez Właściciela polisy i Nationale-Nederlanden, nie krótszy niż 3 miesiące i nie dłuższy niż 12 miesięcy.
3. Wniosek wymaga akceptacji ze strony Nationale-Nederlanden.
4. W okresie zawieszenia opłacania Składek jesteś zwolniony z obowiązku zapłaty Składki ochronnej za Umowę, a my udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej oraz dołączonych do niej Umów dodatkowych.
5. Zawieszenie opłacania Składek skutkuje obniżeniem Sumy ubezpieczenia, Wartości wykupu oraz Sumy ubezpieczenia bezskładkowego.
6. W okresie zawieszenia opłacania Składek nie są możliwe zmiany w Umowie ubezpieczenia wpływające na wysokość Składki. Jakiekolwiek wnioski o zmiany w Umowie skutkujące zmianą wysokości Składki powinny zostać złożone po zakończeniu okresu zawieszenia Składek.
7. Kolejny wniosek o zawieszenie opłacania Składek możesz złożyć po upływie minimum 5 lat od daty zakończenia ostatniego okresu zawieszenia Składek.

Art. 13 Jak przekształcić Umowę w bezskładkową?

1. Możesz złożyć wniosek o przekształcenie Umowy w bezskładkową, o ile spełnione są poniższe warunki łącznie:
   a) od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej minęły co najmniej 2 lata,
   b) Suma ubezpieczenia bezskładkowego mieści się w limicie wskazanym w Tabeli limitów i opłat,
   c) wszystkie Składki należne za Umowę zostały opłacone do dnia złożenia wniosku.
2. Zmiana Umowy w bezskładkową skutkuje obniżeniem Sumy ubezpieczenia w Umowie podstawowej. Sumy ubezpieczenia bezskładkowego na pełne lata obowiązywania Umowy podane są w Dokumencie ubezpieczenia. W wyliczeniu Sumy ubezpieczenia bezskładkowego uwzględnimy Dodatkową sumę ubezpieczenia naliczoną do dnia przekształcenia Umowy w bezskładkową.

3. Zmiana Umowy w bezskładkową skutkuje zmianą Wartości wykupu.
4. Zmiana Umowy w bezskładkową powoduje wygaśnięcie Umów dodatkowych dodanych do Umowy a także utratę prawa do przyszłego naliczenia udziału w zysku oraz Świadczenia dodatkowego.
5. Po zmianie Umowy w bezskładkową Umowa nie podlega indeksacji.
6. Po zmianie Umowy w bezskładkową jesteś zwolniony z obowiązku opłacania Składek.
7. Przekształcenie Umowy w bezskładkową jest nieodwracalne.

Art. 14 Jakie będą Świadczenia i w jakiej wysokości?

1. Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego będzie stanowiło sumę:
   a) Sumy ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego oraz
   b) Dodatkowej sumy ubezpieczenia naliczonej do tego dnia.
2. Jeżeli Ubezpieczony pozostanie przy życiu w Dniu zakończenia Umowy wypłacimy mu Świadczenie z tytułu dożycia, które będzie sumą:
   a) Sumy ubezpieczenia na Dzień zakończenia Umowy oraz
   b) Dodatkowej sumy ubezpieczenia naliczonej do tego dnia, oraz
   c) Dodatkowego świadczenia.

Art. 15 Czym jest Dodatkowa suma ubezpieczenia?

1. Dodatkowa suma ubezpieczenia to naliczony do Umowy udział w zysku.
2. Udział w zysku zostanie naliczony, jeśli Umowa obowiązywała pełny Rok polisowy.
3. Udział w zysku zostaje naliczony po raz pierwszy w pierwszą rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Potem będzie naliczany w kolejne rocznice.
4. Udział w zysku naliczany jest od:
   a) Wartości wykupu w roku, za który następuje jego naliczenie, przy czym przyjmujemy na potrzeby wyliczenia udziału w zysku Wartość wykupu jako średnia arytmetyczna z Wartości wykupu na koniec roku, za który naliczany jest udział w zysku i Wartości wykupu z roku poprzedzającego rok, za który jest naliczany udział w zysku;
   b) udziału w zysku naliczonego w poprzednich latach obowiązywania Umowy.
5. Stopa udziału w zysku (SUZ) wyliczana jest na podstawie poniższego wzoru:

   SUZ = 90% (SZ – 3%), gdzie

   SZ – stopa zysku netto wynikająca z inwestowania aktywów na pokrycie zobowiązań wynikających z Umowy, ustalona przez Nationale-Nederlanden na podstawie osiągniętych średnich wyników inwestycyjnych z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień naliczenia udziału w zysku
   3% – suma kosztów administracyjnych i stopy technicznej
   W przypadku, gdy SUZ mająca zastosowanie dla wartości wykupu będzie mniejsza niż zero, do celów niniejszego wyliczenia będziemy ją przyjmować jako równą zeru.

Przykład:
Załóżmy, że 1 maja 2023 r. rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa w Umowie. Udział w zysku naliczony w 12. rocznicę tej Umowy za ostatni rok obliczymy następująco:

1. Powiedzmy, że NN wypracowało stopę zysku za rok, za który naliczany jest udział w zysku równą 5% czyli SZ = 5%
2. Podstawimy tę wartość do wzoru i otrzymamy:

   SUZ = 90% z (5% – 3%) = 90% z 2% to 1,8%.

3. Wartość SUZ czyli 1,8% mnożymy przez średnią Wartość wykupu.

Średnią Wartość wykupu obliczymy następująco:

1. W polisie znajdujemy Wartość wykupu po pełnych 11 i 12 latach obowiązywania Umowy. W naszym przykładzie będzie to wartość 15 900 zł (dla 11 pełnych lat) i 17 800 zł (dla 12 pełnych lat).
2. Do wartości wykupu po pełnych 12 latach obowiązywania Umowy czyli 17 800 zł dodajemy Wartość wykupu po 11 latach czyli 15 900 zł. Otrzymamy sumę 33 700,00 zł.
3. Aby uzyskać średnią arytmetyczną Wartość wykupu dzielimy tę sumę (33 700 zł) na 2 i otrzymujemy średnią Wartość wykupu 16 850 zł.

   1,8% x 16 850,00 = 303,30 zł – tyle wyniesie udział w zysku za ostatni rok dopisany w 12. rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6. Udział w zysku naliczony na koniec poprzedniego Roku polisowego jest ponownie inwestowany, a jego stopa zwrotu jest równa większej z wartości:
   a) stopie udziału w zysku (SUZ) powiększonej o 1,05%
   b) stopie 1,05%.
7. Naliczenie udziału w zysku każdorazowo powiększa Dodatkową sumę ubezpieczenia o wartość naliczonego udziału w zysku.

Art. 16 Jak i kiedy naliczamy świadczenie dodatkowe?

1. Świadczenie dodatkowe jest naliczane w Dniu zakończenia Umowy, pod warunkiem że:
   a) Wszystkie Składki należne za Umowę zostały zapłacone oraz
   b) Umowa nie została zamieniona na bezskładkową.
2. Świadczenie dodatkowe stanowi:
   a) 8% Sumy ubezpieczenia, jeśli zawarłeś Umowę na co najmniej 20 lat lub
   b) 5% Sumy ubezpieczenia, jeśli zawarłeś Umowę na krócej niż 20 lat.
3. Świadczenie dodatkowe wyliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia z Dnia zakończenia Umowy.
4. Świadczenie dodatkowe wypłacimy wraz ze Świadczeniem z tytułu dożycia Dnia zakończenia Umowy.

Art. 17 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Świadczenia otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania oświadczenia Ubezpieczonego przez Nationale-Nederlanden.
3. Uposażony wyznaczony w Umowie podstawowej jest jednocześnie Uposażonym w Umowie dodatkowej, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego.
4. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego, wskazany Uposażony nie żyje albo nie istnieje, należną jemu część Świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu jego śmierci wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia, zostaną one wypłacone członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
   a) małżonek,
   b) dzieci,
   c) wnuki,
   d) rodzice,
   e) rodzeństwo,
   f) dzieci rodzeństwa.

   Otrzymanie Świadczenia przez osoby należące do wyższej grupy wyklucza ich otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a"). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty. W tym przypadku wszystkie postanowienia dotyczące Uposażonych stosuje się odpowiednio do członków rodziny. W przypadku braku tych osób, Świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, każdy z nich otrzyma określoną przez niego część Sumy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał, jaki procent Sumy ubezpieczenia ma otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymają równe części. Jeśli podział między Uposażonych nie sumuje się do 100%, wypłacimy Świadczenie proporcjonalnie do określonego przez Ubezpieczonego podziału.
8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

Art. 18 Kiedy wypłacimy Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem z tytułu Umowy należy nas poinformować. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej.
2. Do wypłaty Świadczenia z tytułu śmierci potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
   a) kopii dowodu osobistego, paszportu lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej,
   b) skróconego odpisu aktu zgonu i ewentualnie zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub organy do tego upoważnione,
   c) innych dokumentów, o które poprosimy, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden albo wysokości Świadczenia.
3. Dokumenty niezbędne do wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawarte są w Ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy dodatkowej.
4. Dokumenty powinny być dostarczone do Nationale-Nederlanden w oryginałach.
5. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiedni organ wydający dokument, notariusza albo osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden (np. Przedstawiciela).
6. Dokumentacja medyczna może być potwierdzona za zgodność z oryginałem także przez uprawnionego pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.
7. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. Realizacja Świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 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 zrealizowane w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Bezsporną część Świadczenia zrealizujemy w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
9. Wypłaty będą realizowane zgodnie z dyspozycją uprawnionego do Świadczenia – na rachunek bankowy lub w inny sposób.
10. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona ma prawo złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 19 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej?

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie ograniczone do wysokości wpłaconych do dnia śmierci składek z tytułu Umowy podstawowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego,
   b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
   c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Właścicielowi polisy kwotę stanowiącą wartość składek z tytułu Umowy podstawowej wpłaconych do dnia śmierci Ubezpieczonego.

Jeśli zdarzy się tak, że ubezpieczony popełni samobójstwo po pół roku od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Właścicielowi polisy kwotę, która będzie sumą składek za Umowę podstawową wpłaconych do dnia śmierci Ubezpieczonego. Gdyby było tak, że Ubezpieczony i Właściciel polisy to ta sama osoba, wtedy kwotę tę otrzymają spadkobiercy Właściciela polisy.

3. Nie wypłacimy Świadczenia (w tym Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jak również kwot wypłacanych w związku z odstąpieniem od Umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązaniem), które miałoby być realizowane na rzecz (lub w celu):
   a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
   b) osoby zamieszkałej w krajach o nieakceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;

c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależenie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależenie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d);
f) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.

4. Przez kraje UHRC należy rozumieć należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane wyżej organizacje.
5. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 20 Jakie są obowiązki Właściciela polisy i Ubezpieczonego?

1. Właściciel polisy zobowiązany jest do:
   a) opłacania Składki,
   b) udostępnienia Ubezpieczonemu treści Warunków,
   c) poinformowania Ubezpieczonego o zmianie wysokości Sumy ubezpieczenia, jeśli taka miała miejsce w trakcie trwania Umowy,
   d) przekazania Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy wraz z określeniem jej wpływu na wartość Świadczeń. Informację tę Ubezpieczony powinien otrzymać przed zaakceptowaniem przez Właściciela polisy zmiany,
   e) przekazania do Nationale-Nederlanden zgody Ubezpieczonego, jeśli zmiany wprowadzane w Umowie są na Jego niekorzyść.
2. Właściciel polisy oraz Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania zadane przez Nationale-Nederlanden – przed zawarciem Umowy, przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub przed dokupieniem.

Art. 21 W jaki sposób przekazywać do nas korespondencję?

1. Korespondencja związana z Umową powinna być przekazana na adres siedziby Nationale-Nederlanden lub w inny sposób uzgodniony z nami.
2. Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do nas zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.
3. My przesyłamy korespondencję pisemną na ostatni adres podany przez adresata.

Art. 22 Reklamacja – jak ją złożyć?

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy mają prawo złożyć Reklamację.
2. Reklamacja może zostać złożona:
   a) elektronicznie – za pomocą formularza, który jest dostępny na naszej stronie internetowej www.nn.pl;
   b) pisemnie – osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie lub listownie na nasz adres ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20;
   c) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24 albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie.
3. Odpowiedzi na reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
   a) jakie są przyczyny opóźnienia;
   b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzeć sprawę;
   c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od otrzymania reklamacji.

5. Odpowiemy na reklamację na piśmie. Odpowiedź przekażemy listownie na wskazany adres osoby, która ją składała.
6. Na wniosek osoby, która składała reklamację, odpowiedź na nią wyślemy elektronicznie na podany przez tę osobę adres email.

Art. 23 Podatki

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Wszelkie opłaty z tytułu opłacania składek ponosi Właściciel polisy. Wysokość składek całkowitych wyrażona jest w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą Nationale-Nederlanden może powiększyć tę składkę o ich wysokość.
4. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia na życie do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 24 System monetarny

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

Art. 25 Rozstrzyganie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.

Art. 26 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie

Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie (dalej: Umowa tymczasowa) jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków tymczasowego ubezpieczenia na życie, zwanych dalej Warunkami umowy tymczasowej oraz wniosku o ubezpieczenie.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Nationale-Nederlanden**" – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
2. „**Właściciel polisy**" – osoba wymieniona we Wniosku jako Właściciel polisy.
3. „**Ubezpieczony**" – osoba wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczony, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy tymczasowej.
4. „**Uposażony**" – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku, której zostaną wypłacone pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
5. „**Umowa**" – Umowa ubezpieczenia na życie wskazana we Wniosku.
6. „**Wniosek**" – oferta Właściciela polisy dotycząca zawarcia Umowy, złożona na formularzu Nationale-Nederlanden.
7. „**Nieszczęśliwy wypadek**" – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego.
8. „**Suma ubezpieczenia**" – kwota wypłacana w przypadkach określonych w Umowie tymczasowej, równa:
   a) 100 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub
   b) 50 000 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. „**Świadczenie**" – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach umowy tymczasowej.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy tymczasowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w czasie trwania Umowy tymczasowej.

Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa ubezpieczenie tymczasowe?

1. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę, na całym świecie.
2. Umowa tymczasowa jest zawierana z dniem następnym po dniu, w którym Właściciel polisy podpisał Wniosek, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym została opłacona składka za tę Umowę.
3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu w dniu, który nastąpił jako pierwszy z następujących dni:
   a) z końcem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej,
   b) z końcem dnia, w którym Właściciel polisy otrzymał informację o odmowie zawarcia Umowy podstawowej dla Ubezpieczonego,
   c) z końcem 90. dnia trwania Umowy tymczasowej.
4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od zajścia tego zdarzenia.
2. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Uposażonemu Sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona do Świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 5 Jaka jest wysokość składki za Umowę tymczasową i w jaki sposób ją opłacić?

1. Wysokość składki za każdy rozpoczęty miesiąc ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy tymczasowej wynosi 5 zł.
2. Obowiązek opłacenia składki zostaje spełniony poprzez wpłatę pierwszej składki z tytułu Umowy.

3. Pierwsza składka wpłacona przez Właściciela polisy zostanie zwrócona w przypadku:
   a) odmowy zawarcia Umowy przez Nationale-Nederlanden,
   b) rezygnacji z zawarcia Umowy przez Właściciela polisy,
   c) wypłaty Świadczenia.

Art. 6 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci pieniędzy?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem zaszło w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego,
   b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
   c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
   d) samobójstwa.
2. Ponadto Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w ust. 1 oraz:
   a) pozostawania przez Ubezpieczonego:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,,
   b) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał do tego uprawnień lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Art. 7 Stosowanie postanowień Warunków

Postanowienia Warunków wskazanych we Wniosku i doręczonych Właścicielowi polisy przed jego podpisaniem, mają zastosowanie do:
   a) przekazywania korespondencji,
   b) skarg oraz rozstrzygania sporów,
   c) podatków oraz systemu monetarnego,
   d) wypłaty Świadczenia.

Art. 8 Wejście w życie Umowy tymczasowej

Warunki umowy tymczasowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacja o uwzględnianiu ryzyk dla zrównoważonego rozwoju przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Przekazujemy poniższe informacje, realizując obowiązek wynikający z §6 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. (SFDR) w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych.

Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Towarzystwo) stosuje Politykę ramową odpowiedzialnego inwestowania („Polityka ramowa RI"). Polityka ramowa RI, którą zamieszczono na stronie: https://www.nn.pl/o-Nationale Nederlanden/ towarzystwo-ubezpieczen-na-zycie-sa.html, opisuje stosowanie kryteriów odpowiedzialnego inwestowania Grupy NN opartych na odpowiednich normach. Kryteria odzwierciedlają przekonania i wartości inwestycyjne Grupy NN, odpowiednie przepisy prawa oraz uznane na szczeblu międzynarodowym standardy.

Zgodnie z tą polityką oraz sformułowanymi w niej kryteriami odpowiedzialnego inwestowania opartymi na normach, Towarzystwo, uwzględniając przepisy prawa, dąży do wykluczenia inwestycji w spółki zaangażowane w działania obejmujące między innymi opracowywanie, produkcję i konserwację kontrowersyjnej broni oraz handel nią, produkcję wyrobów tytoniowych, wydobycie węgla energetycznego i/lub produkcję piasków bitumicznych, jak zdefiniowano w Polityce ramowej RI.

Informujemy, że Towarzystwo powierzyło zarządzanie aktywami Goldman Sachs Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych S.A. (dalej Goldman Sachs). Goldman Sachs stosuje „Politykę odpowiedzialnego inwestowania Goldman Sachs TFI S.A.". Polityka ta jest spójna z zasadami Polityki ramowej RI, którą stosuje Towarzystwo. „Polityka odpowiedzialnego inwestowania Goldman Sachs TFI S.A." została udostępniona na stronie internetowej www.gstfi.pl.

Towarzystwo uwzględnia główne niekorzystne skutki decyzji inwestycyjnych w zakresie czynników zrównoważonego rozwoju przez stosowanie kryteriów odpowiedzialnego inwestowania grupy NN opartych na normach opisanych w Polityce ramowej RI. Politykę tę Towarzystwo realizuje poprzez:

- wykluczenia emitentów,
- nadzór właścicielski i korzystanie z prawa głosu,
- dobre praktyki zarządzania aktywami.

Towarzystwo uwzględnia następujące wskaźniki dotyczące klimatu wymienione w Załączniku I do aktu delegowanego uzupełniającego Rozporządzenie SFDR poprzez ograniczenie lub wykluczenie inwestycji w:

- kontrowersyjne rodzaje broni (miny przeciwpiechotne, amunicja kasetowa, broń chemiczna i broń biologiczna) (tabela 1: wskaźnik 14)
- przedsiębiorstwa działające w sektorze paliw kopalnych w zakresie ograniczenia inwestycji w wydobycie węgla energetycznego (tabela 1: wskaźnik 4)
- spółki, będące emitentami, którzy rażąco i systematycznie naruszają zasady inicjatywy Global Impact, wytyczne ONZ lub wytyczne OECD (tabela 1: wskaźnik 10)
- państwa emitujące obligacje, które dopuszczają się rażącego i systematycznego łamania praw człowieka, na które Rada Bezpieczeństwa ONZ nałożyła embargo dotyczące broni (tabela 1: wskaźnik 16).

Ryzyka dla zrównoważonego rozwoju mogą stanowić ryzyko samo w sobie lub mieć wpływ na inne ryzyka portfela, a także mogą znacząco przyczynić się do ogólnego poziomu ryzyka, w tym ryzyka rynkowego, płynności, kredytowego czy operacyjnego.

Ocena ryzyk dla zrównoważonego rozwoju, definiowanych jako zdarzenia środowiskowe, społeczne lub związane z zarządzaniem, które, jeśli wystąpią, mogą mieć faktyczne lub potencjalnie znaczące negatywne oddziaływanie na wartość inwestycji, a zatem również na stopę zwrotu z inwestycji, jest stosowana w procesie podejmowania decyzji inwestycyjnych poprzez uwzględnianie w nim głównych, niekorzystnych skutków decyzji inwestycyjnych dla czynników środowiskowych, społecznych i związanych z zarządzaniem stosując Politykę odpowiedzialnego inwestowania Goldman Sachs TFI S.A.

Inwestycje w ramach tego produktu finansowego nie uwzględniają unijnych kryteriów dotyczących zrównoważonej środowiskowo działalności gospodarczej.

Towarzystwo wspiera cele sformułowane w Regulacji SFDR i oczekuje, że uwzględnianie w procesie inwestycyjnym ryzyk dla zrównoważonego rozwoju, w szczególności poprzez ich sformalizowaną ocenę i ograniczenie bądź wykluczanie inwestycji o wysokim poziomie tego ryzyka, będzie pozytywnie wpływać na stopę zwrotu z inwestycji w długim okresie.

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

OWU/AD12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/AD12/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/AD12/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AD12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/AD12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Nieszczęśliwy wypadek**" – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
2. „**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 za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
3. „**Choroba psychiczna**" – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
4. „**Suma ubezpieczenia**" – pieniądze wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
5. „**Umowa dodatkowa**" – Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku
6. „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**" – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od tego wypadku.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę na całym świecie.
3. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego i w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od tego wypadku, wypłaci pieniądze osobom uprawnionym.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Sumy ubezpieczenia.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku?

1. Uposażony nabywa prawo do Sumy ubezpieczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Art. 6 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawniany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się a wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego. Przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wypłata Sumy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku o wypłatę, do którego należy dołączyć dokumenty wskazane w Warunkach oraz dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatkę urzędową z policji).

Art. 9 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie:

a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
b) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

OWU/AT12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego nr OWU/AT12/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

nr OWU/AT12/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AT12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego nr OWU/AT12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Wypadek komunikacyjny**" – Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony korzystając ze Środka lokomocji lub jako pieszy.
2. „**Suma ubezpieczenia**" – pieniądze wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego.
3. „**Środek lokomocji**":
   - zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
   - zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
   - samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
   - pasażerski statek wodny.
4. „**Umowa dodatkowa**" – Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego.
5. „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**" – śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę na całym świecie.
3. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego i w przypadku jego śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od tego wypadku, wypłaci pieniądze osobom uprawnionym.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Sumy ubezpieczenia.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego?

1. Uposażony nabywa prawo do Sumy ubezpieczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Uposażonemu Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Art. 6 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawniany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 7 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego. Przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego.
2. Wypłata Sumy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku o wypłatę, do którego należy dołączyć dokumenty wskazane w Warunkach oraz dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Wypadku komunikacyjnego (np. notatkę urzędową z policji).

Art. 9 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie:

a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
b) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów

OWU/CY14/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 25443;
NIP: 527-10-02-574, Kapitał zakładowy – 41 000 000 zł, wpłacony w całości

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY14/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art. 8, Art. 14 OWU, Załącznik nr 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 3, Art. 7 OWU, Załącznik nr 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów

nr OWU/CY14/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CD14 (wariant podstawowy) oraz kodem CU14 (wariant rozszerzony), jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY14/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

Wszystkie zdefiniowane pojęcia oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Tu znajdziesz te, które występują najczęściej.

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej

1. **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 (inaczej Ubezpieczyciel), czyli My;
2. **Właściciel polisy** – to osoba, która ukończyła 18 lat. Ma pełną zdolność do czynności prawnych, zawiera Umowę i opłaca Składkę;
3. **Ubezpieczony** – to osoba, która korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, czyli Ty.

… oraz inne pojęcia, których używamy:

4. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10, ICD-11).
5. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
6. **Poważna choroba** – choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w Art. 2 i Załączniku nr 2, w tabeli Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
7. **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Dokumencie ubezpieczenia, na podstawie której obliczymy wartość Świadczenia.
8. **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, spełniający kryteria określone w przepisach prawa dla ustawowej definicji szpitala, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący zapleczem diagnostycznym i leczniczym.
9. **Świadczenie** – kwota, którą Ci wypłacimy w przypadkach wskazanych w Warunkach Umowy dodatkowej, stanowiąca określony w Załączniku nr 1 procent Sumy ubezpieczenia.
10. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów.
11. **Warunki** – Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy podstawowej.
12. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Poważna choroba, która wystąpiła u Ubezpieczonego.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?

1. Obejmiemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie. Możesz wybrać jeden z dwóch dostępnych wariantów ochrony: wariant podstawowy lub wariant rozszerzony.
2. Poważne choroby objęte zakresem ubezpieczenia podzieliliśmy na grupy. Zakres ochrony w poszczególnych wariantach w podziale na grupy prezentujemy w poniższej tabeli:

nationale nederlanden

Tabela Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem

	Wariant podstawowy (CD14)	Wariant rozszerzony (CU14)
Grupa 1 – sercowo – naczyniowe		
1	Zawał serca	Zawał serca
2	Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym	Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym
3	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)
4	Operacja aorty	Operacja aorty
5	Operacja zastawek serca	Operacja zastawek serca
6	-	Kardiomiopatia
7	-	Kardiomiopatia Takotsubo
8	-	Pierwotne nadciśnienie płucne
9	-	Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)
10	-	Masywny zator tętnicy płucnej
11	-	Bakteryjne zapalenie wsierdzia
12	-	Usunięcie płuca (pneumonektomia)
13	-	Ablacja zaburzeń rytmu serca/Ablacja cewnikowa arytmii
14	-	Wszczepienie układu stymulującego serce
Grupa 2 – neurologiczne		
15	Stwardnienie rozsiane	Stwardnienie rozsiane
16	-	Choroba Alzheimera
17	-	Choroba Creutzfeldta-Jacoba
18	-	Choroba Parkinsona
19	-	Całkowity niedowład
20	-	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych
21	-	Dystrofia mięśniowa
22	-	Stwardnienie zanikowe boczne (Choroba neuronu ruchowego)
23	-	Zapalenie mózgu
24	-	Pourazowe uszkodzenie mózgu
25	-	Ropień mózgu
26	-	Operacja tętniaka mózgu
27	-	Zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych
Grupa 3 – bardzo ciężkie		
28	Przeszczep narządów	Przeszczep narządów
29	Niewydolność nerek	Niewydolność nerek
30	Schyłkowa niewydolność wątroby	Schyłkowa niewydolność wątroby
31	Niedokrwistość aplastyczna	Niedokrwistość aplastyczna
32	Schyłkowa niewydolność oddechowa	Schyłkowa niewydolność oddechowa
33	-	Śpiączka
34	-	Ciężkie poparzenia

35	-	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby
36	-	Ciężka sepsa (posocznica)
Grupa 4 – inne		
37	Utrata mowy	Utrata mowy
38	Utrata wzroku	Utrata wzroku
39	Utrata słuchu	Utrata słuchu
40	-	Utrata kończyn
41	-	Utrata wzroku w 1 oku
42	-	Utrata słuchu w 1 uchu
Grupa 5 – immunologiczne		
43	-	Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)
44	-	Toczeń rumieniowaty układowy
45	-	Choroba LeśniowskiegoCrohna
46	-	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
47	-	Reumatoidalne zapalenie stawów powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji
Grupa 6 – zakaźne		
48	-	Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi
49	-	Zakażenie wirusem HIV
50	-	Tężec
51	-	Gruźlica
52	-	Bąblowica mózgu
53	-	Wścieklizna leczona szpitalnie
54	-	Cholera
55	-	Żółta gorączka
56	-	Gorączka denga

3. W Załączniku nr 2 znajdziesz definicję każdej z Poważnych chorób, która jest w zakresie ubezpieczenia.

Art. 3 Wyłączenia – czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Poważna choroba jest następstwem:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
2. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli Poważna choroba będzie następstwem chorób będących skutkiem spożywania alkoholu: alkoholowa choroba wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki wywołane alkoholem, alkoholowe zapalenie żołądka, kardiomiopatia alkoholowa, miopatia alkoholowa, polineuropatia alkoholowa, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane użyciem alkoholu.

Uwaga: weź pod uwagę, że w definicjach Poważnych chorób w Załączniku nr 2 wskazujemy co jest, a co nie jest objęte ochroną w ramach poszczególnych Poważnych chorób. Przeczytaj definicje! To ważne!

Art. 4 Kogo ubezpieczamy?

1. Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 66 lat.

Art. 5 Jak zawrzeć ubezpieczenie?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową albo w czasie trwania Umowy jako dokupienie.
3. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej lub jej dokupieniem możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (za wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie zawarcia Umowy dodatkowej.

Art. 6 Umowa dodatkowa – kiedy się zaczyna i jak długo trwa?

1. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na okres 5 lat jeśli Umowa dodatkowa zawierana jest razem z Umową podstawową albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania tej Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy, jeśli jest to dokupienie Umowy dodatkowej do zawartej wcześniej Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z wcześniej wypłaconymi w Nieprzerwanym okresie ochrony Świadczeniami osiągnie łączny limit 200% Sumy ubezpieczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy.

Art. 7 Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli zachorujesz?

1. W przypadku wystąpienia Poważnej choroby w Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy Ci Świadczenie wyliczone w oparciu o Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu wystąpienia Poważnej choroby.
2. Wartość Świadczenia wynosi 100%, 50%, 25% lub 10%. Wyliczamy je zgodnie z tabelą z Załącznika nr 1 do Warunków Umowy dodatkowej dla wybranego przez Ciebie wariantu Umowy dodatkowej, z uwzględnieniem grup chorób.
3. W Nieprzerwanym okresie ochrony możesz otrzymać kilka Świadczeń, jeśli w tym okresie wystąpi więcej niż jedna Poważna choroba.
4. Ustalenie naszej odpowiedzialności nastąpi z uwzględnieniem następujących zasad:
   a) z dniem wypłaty Świadczenia za daną Poważną chorobę ochrona z tytułu tej Poważnej choroby wygasa,
   b) maksymalne łączne Świadczenie za Poważne choroby z jednej grupy chorób wynosi 100% Sumy ubezpieczenia,
   c) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z wcześniej wypłaconymi w Nieprzerwanym okresie ochrony Świadczeniami z danej grupy chorób osiągnie łączny limit 100% Sumy ubezpieczenia to ochrona z tytułu Poważnych chorób wskazanych w tej grupie wygasa,
   d) po wypłacie Świadczenia, które wraz z wcześniej wypłaconymi w Nieprzerwanym okresie ochrony świadczeniami osiągnie łączny limit 200% Sumy ubezpieczenia.

Przykład:
Pan Jan otrzymał Świadczenie za operację wszczepienia układu stymulującego serce w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia. Po roku doznał udaru mózgu, więc kolejne Świadczenie jakie otrzymał wyniosło 75% Sumy ubezpieczenia (co łącznie dało 100% Sumy ubezpieczenia za Poważne choroby z tej samej grupy). Ochrona z tytułu pozostałych chorób z grupy 1 wygasła, ale pan Jan jest nadal objęty ochroną z tytułu chorób z pozostałych grup.

5. Dniem wystąpienia Poważnej choroby jest postawienia diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją Poważnej choroby zawartą w Załączniku nr 1 do Warunków Umowy dodatkowej. W przypadku zabiegów chirurgicznych wskazanych jako Poważna choroba objęta zakresem tej Umowy dodatkowej dniem wystąpienia Poważnej choroby jest dzień przeprowadzenia tego zabiegu operacyjnego.

Art. 8 Jak wypłacamy Świadczenie? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Poważna choroba wystąpi w czasie trwania tej Umowy dodatkowej i spełnia warunki określone w Warunkach Umowy dodatkowej oraz Załączniku nr 2 otrzymujesz prawo do Świadczenia.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Poważnej chorobie, to do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali od Ciebie następujących dokumentów:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
   b) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście Poważnej choroby:
      i. karty wypisu ze szpitala,
      ii. dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
      iii. dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnej choroby.

   Możemy poprosić Cię o inne dokumenty, jeśli będą nam potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności.
3. Wypłaty będziemy realizować na zasadach określonych w Warunkach.

Art. 9 Jakie są Twoje obowiązki?

1. Może się zdarzyć tak, że na podstawie dostarczonych dokumentów nie będziemy mogli stwierdzić, czy zdiagnozowana Poważna choroba jest objęta ubezpieczeniem. Wtedy skierujemy Cię na konsultacje lub badania lekarskie, które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

Art. 10 Składka za umowę dodatkową. Jak ją ustalamy?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.
2. Wysokość składki ustalamy na podstawie Twojego wieku, Sumy ubezpieczenia oraz wybranego wariantu ochrony oraz należnych zniżek.
3. Na wysokość składki mogą mieć wpływ Twój stan zdrowia i historia chorób w Twojej rodzinie.
4. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Suma ubezpieczenia – co oznacza?

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wybiera Właściciel polisy przy wypełnianiu wniosku.
2. Suma ubezpieczenia musi mieścić się w przedziale określonym w Tabeli limitów i opłat.
3. Sumę ubezpieczenia potwierdzamy w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy kwotę Świadczenia.

Art. 12 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Suma ubezpieczenia może zostać podwyższona na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym podwyższenie Sumy ubezpieczenia,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie podwyższenia Sumy ubezpieczenia na Umowie dodatkowej.

4. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po wystąpieniu Poważnej choroby.
5. Obniżenie Sumy ubezpieczenia możliwe jest po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Warunkiem obniżenia Sumy ubezpieczenia jest zachowanie minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
7. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki.
8. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 13 Jak zmienić wariant ochrony?

1. Wariant ochrony zostanie zmieniony na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Nowy wariant ochrony będzie obowiązywał od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
3. W przypadku zmiany wariantu ochrony na rozszerzony, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla Poważnych chorób, które nie były objęte ochroną wcześniejszym wariancie ochrony przypada w 1. dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przy zmianie wariantu na rozszerzony ochrony możemy zwrócić się z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zmianę wariantu Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości zmiany wariantu ochrony na rozszerzony na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie zmiany wariantu ochrony na rozszerzony.
6. Nie można zmienić wariantu na rozszerzony po wystąpieniu Poważnej choroby.
7. Zmiana wariantu na podstawowy jest możliwa po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
8. Warunkiem zmiany wariantu jest zachowanie minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
9. Zmiana wariantu powoduje zmianę wysokości składki za tę Umowę dodatkową.
10. Zmiana wariantu jest możliwa tylko z dotychczasową Sumą ubezpieczenia.
11. W przypadku zmiany wariantu ochrony, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w nowym wariancie Umowy dodatkowej przypada w 1. dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
12. Zmianę wariantu potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Zaproponujemy Ci przedłużenie tej Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej Umowy dodatkowej nie wystąpiła u Ciebie Poważna choroba, po której łączne Świadczenie wypłacone w Nieprzerwanym okresie ochrony nie osiągnęło wartości 200% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na podstawie których została zawarta.
3. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona z zachowaniem warunków dotyczących wypłaty Świadczeń w Nieprzerwanym okresie ochrony. Oznacza to, że jeśli w Nieprzerwanym okresie ochrony wystąpiła u Ciebie Poważna choroba, za którą otrzymałeś Świadczenie, to zakres udzielanej ochrony po przedłużeniu Umowy dodatkowej opisany w Art. 7 punkt 4 będzie to uwzględniał.
4. Umowę dodatkową przedłużamy na kolejne 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 70 lat, zostało mniej niż 5 lat, to przedłużymy tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 15 Zastosowanie Warunków

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

Art. 16 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

1. Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY14/1/2022 (OWU)

	Poważna choroba	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony
	Grupa 1 – sercowo-naczyniowe	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	
1	Zawał serca	100%	100%
2	Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym	100%	100%
3	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)	100%	100%
4	Operacja aorty	100%	100%
5	Operacja zastawek serca	100%	100%
6	Kardiomiopatia	-	100%
7	Kardiomiopatia Takotsubo	-	100%
8	Pierwotne nadciśnienie płucne	-	100%
9	Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	-	50%
10	Masywny zator tętnicy płucnej	-	50%
11	Bakteryjne zapalenie wsierdzia	-	50%
12	Usunięcie płuca (pneumonektomia)	-	50%
13	Ablacja zaburzeń rytmu serca (Ablacja cewnikowa arytmii)	-	25%
14	Wszczepienie układu stymulującego serce	-	25%
	Grupa 2 – neurologiczne		
15	Stwardnienie rozsiane	100%	100%
16	Choroba Alzheimera	-	100%
17	Choroba Creutzfeldta-Jacoba	-	100%
18	Choroba Parkinsona	-	100%
19	Całkowity niedowład	-	100%
20	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	-	100%
21	Dystrofia mięśniowa	-	100%
22	Stwardnienie zanikowe boczne (Choroba neuronu ruchowego)	-	100%
23	Zapalenie mózgu	-	100%
24	Pourazowe uszkodzenie mózgu	-	100%
25	Ropień mózgu	-	25%
26	Operacja tętniaka mózgu	-	25%
27	Zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych	-	25%
	Grupa 3 – bardzo ciężkie		
28	Przeszczep narządów	100%	100%
29	Niewydolność nerek	100%	100%
30	Schyłkowa niewydolność wątroby	100%	100%
31	Niedokrwistość aplastyczna	100%	100%

32	Schyłkowa niewydolność oddechowa	100%	100%
33	Śpiączka	-	100%
34	Ciężkie poparzenia	-	100%
35	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	-	100%
36	Ciężka sepsa (posocznica)	-	100%
	Grupa 4 – inne	Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia	
37	Utrata mowy	100%	100%
38	Utrata wzroku	100%	100%
39	Utrata słuchu	100%	100%
40	Utrata kończyn	-	100%
41	Utrata wzroku w 1 oku	-	50%
42	Utrata słuchu w 1 uchu	-	25%
	Grupa 5 – immunologiczne	Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia	
43	Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	-	100%
44	Toczeń rumieniowaty układowy	-	100%
45	Choroba Leśniowskiego-Crohna	-	50%
6	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	-	50%
47	Reumatoidalne zapalenie stawów powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji	-	50%
	Grupa 6 – zakaźne		
48	Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi	-	50%
49	Zakażenie wirusem HIV	-	50%
50	Tężec	-	25%
51	Gruźlica	-	25%
52	Bąblowica mózgu	-	25%
53	Wścieklizna leczona szpitalnie	-	25%
54	Cholera	-	10%
55	Żółta gorączka	-	10%
56	Gorączka denga	-	10%

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia

Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów nr OWU/CY14/1/2022 (OWU)

Definicje Poważnych chorób objętych zakresem ochrony

1	**Zawał serca**: martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na: znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników • objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej, • wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca, • nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
2	**Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym**: Jednoznaczna diagnoza świeżego udaru mózgu postawiona przez uprawnionego Lekarza specjalistę poparta wynikami badań obrazowych mózgu lub rdzenia kręgowego potwierdzających nieodwracalną martwicę tkanki mózgowej (w tym nerwu wzrokowego) lub rdzenia kręgowego z powodu braku dopływu krwi lub krwotoku do substancji mózgowej, przestrzeni podpajęczynówkowej lub rdzenia kręgowego. Udar z zajęciem oka wymaga jednoznacznej diagnozy świeżego ostrego zawału siatkówki, w którym występuje trwała i nieodwracalna utrata widzenia z powodu zablokowania przepływu krwi w naczyniach siatkówki. Badanie wzroku w oku dotkniętym chorobą musi wykazać nie poddającą się korekcji utratę ostrości widzenia poniżej 20/200 (<0,1) lub ograniczenie pola widzenia do 20 stopni lub poniżej tej wartości. Udar musi skutkować trwałym deficytem neurologicznym, który jest widoczny w badaniu fizykalnym i utrzymuje się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni po wystąpieniu udaru. Widoczny deficyt neurologiczny musi odpowiadać zmianom anatomicznym w badaniach obrazowych mózgu. Powyższa definicja nie obejmuje: • Przejściowego ataku niedokrwiennego (TIA); • Udaru z powodu wypadku lub urazu; • Bezobjawowego niemego udaru stwierdzonego podczas badań obrazowych.
3	**Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiekolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
4	**Operacja aorty:** operacja chirurgiczna tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności, rozwarstwienia lub uszkodzenia aorty wykonana drogą laparotomii, torakotomii, mikrochirurgii lub technik przezskórnych śródnaczyniowych w celu jej naprawy lub korekcji. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Zakres powyższej definicji nie obejmuje: operacji przeprowadzanych na naczyniach obwodowych w tym między innymi operacji pomostowania aortalno-udowego; przezskórnych śródnaczyniowych zabiegów z użyciem cewnika wykonywanych wyłącznie w celach diagnostycznych.
5	**Operacja zastawki serca (o określonym stopniu nasilenia):** przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Definicja ta obejmuje również minimalnie inwazyjne operacje zastawek serca (‘przez dziurkę od klucza’), ze sternotomią lub bez. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez Lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.

6	**Kardiomiopatia (o określonym nasileniu):** obejmuje rozstrzeniowe, niedokrwienne, przerostowe i restrykcyjne postacie kardiomiopatii niezwiązane z alkoholem. Specjalista kardiolog musi postawić jednoznaczną diagnozę kardiomiopatii, a obrazowanie serca musi wykazywać trwałą dysfunkcję lewej komory, o czym świadczy jedno z poniższych: 1) Frakcja wyrzutowa lewej komory ≤35%; lub 2) Ciężka restrykcyjna dysfunkcja rozkurczowa lewej komory III stopnia; lub 3) Niewydolność serca spowodowana jedną z powyższych postaci kardiomiopatii, która wymagała terapii resynchronizującej serca (CRT) po konsultacji ze specjalistą kardiologiem. CRT odnosi się do stymulacji dwukomorowej w celu ponownego zsynchronizowania kurczliwości serca w niewydolności serca. Kryterium to nie dotyczy urządzeń stosowanych wyłącznie do leczenia chorób układu przewodzącego serca. Kardiomiopatia musi skutkować trwałym upośledzeniem czynnościowym co najmniej do III klasy klasyfikacji New York Heart Association (NYHA), które utrzymuje się przez co najmniej sześć miesięcy podczas optymalnej terapii. Klasa III wg NYHA oznacza, że ubezpieczony ma znaczne ograniczenie aktywności fizycznej, a mniej niż zwykła aktywność, taka jak chodzenie po pokoju, powoduje zmęczenie, szybkie/nieregularne bicie serca (palpitacje) lub duszność. Powyższą definicją nie jest objęta żadna forma kardiomiopatii spowodowana bezpośrednio lub pośrednio przez alkohol.
7	**Ostra kardiomiopatia Takotsubo / Ostry zespół Takotsubo (o określonym nasileniu):** oznacza ostrą kardiomiopatię Takotsubo lub ostry zespół Takotsubo (TSS) definiowaną zgodnie z międzynarodowymi kryteriami echokardiograficznymi i biomarkerowymi. Dla celów tej definicji jednoznaczna i ostateczna diagnoza musi zostać postawiona przez lekarza kardiologa, a czynność lewej komory serca nie może ulec normalizacji pomimo prowadzenia optymalnej terapii medycznej i musi skutkować frakcją wyrzutową <35% mierzoną co najmniej 2 miesiące po postawieniu diagnozy.
8	**Pierwotne nadciśnienie płucne:** oznacza wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznanej etiologii, prowadzące do przerostu i niewydolności prawej komory serca. Konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nie rokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA (New York Heart Classification). Klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienia płucne ma charakter wtórny (w tym w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca). Ponadto muszą być spełnione jednocześnie, wszystkie poniższe kryteria: a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg, b) naczyniowy opór płucny > 3 (jedn. Wooda), c) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych <15 mmHg. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca.
9	**Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia naczynia. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie naczynia musi: • powodować pogorszenie funkcji komory lub • zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub • być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
10	**Masywny zator tętnicy płucnej:** nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej, rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym. Zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji.

11	**Bakteryjne zapalenie wsierdzia**: choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi zastawkami serca.
12	**Usunięcie płuca (pneumonektomia):** operacja chirurgiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej, polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Operacje polegające na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu) nie stanowią Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji.
13	**Ablacja zaburzeń rytmu serca (Ablacja cewnikowa arytmii):** zabieg wprowadzenia cewnika do wnętrza i całkowitego zniszczenia lub odizolowania od zdrowego serca obszarów wywołujących zaburzenia jego rytmu, za pomocą prądu o częstotliwości radiowej lub krioablacji. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być poparta odpowiednimi badaniami, uznana za niezbędną z medycznego punktu widzenia oraz przeprowadzona przez Lekarza specjalistę. Zakresem powyższej definicji nie są objęte: • Ablacja cewnikowa z przyczyn innych niż arytmia serca; • Ablacja cewnikowa innego organu niż serce; • Diagnostyczne inwazyjne badania elektrofizjologiczne serca.
14	**Wszczepienie układu stymulującego serce:** 1. Wszczepienie stałego rozrusznika serca czyli poddanie się implantacji stałego rozrusznika serca w celu leczenia choroby układu przewodzącego serca. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być poparta odpowiednimi badaniami, uznana za niezbędną z medycznego punktu widzenia a sam zabieg przeprowadzony przez lekarza specjalistę. Zakresem ochrony nie są objęte: • Choroba układu przewodzenia elektrycznego serca, która jest lub może być leczona wyłącznie lekami; • Wszczepienie innego niż stały rozrusznika serca; • Stosowanie czasowego rozrusznika serca. 2. Wszczepienie stałego kardiowertera-defibrylatora (ICD) czyli poddanie się zabiegowi wszczepienia jednego z dwóch rodzajów stałego kardiowertera-defibrylatora (ICD): - wszczepianego poprzez żyłę r (TV-ICD) lub - wszczepianego podskórnie (S-ICD). Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być poparta odpowiednimi badaniami, uznana za niezbędną z medycznego punktu widzenia a sam zabieg przeprowadzony przez lekarza specjalistę. Dodatkowo, w oparciu o opinię specjalisty kardiologa, musi zaistnieć wskazanie do zastosowania stałego kardiowertera -defibrylatora z powodu jednej z następujących przyczyn: 1) udokumentowane arytmie; lub 2) omdlenia wynikające najprawdopodobniej z arytmii; lub 3) jako podstawowe działanie prewencyjne, w przypadku gdy zgodnie z opinią kardiologa, istnieje wysokie ryzyko wystąpienia śmiertelnej arytmii u Ubezpieczonego. Zakresem ochrony nie są objęte: • każdy z powyższych stanów, który jest lub może być leczony wyłącznie za pomocą terapii lekowej; • wszczepienie innego niż stały kardiowertera-defibrylatora (ICD); • stosowanie przenośnego (czasowego) kardiowertera-defibrylatora.
15	**Stwardnienie rozsiane:** choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza neurologa potwierdzająca stały ubytek neurologiczny z faktycznymi objawami zaburzeń ruchowych lub czuciowych występujących przez okres co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza ta musi być poparta: wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego z nakłucia lędźwiowego lub nieprawidłowym wynikiem badania określającego późne potencjały wzrokowe i słuchowe oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji.

16	**Choroba Alzheimera i inne poważne zaburzenia neuropoznawcze (otępienie):** Choroba Alzheimera i inne poważne zaburzenia neuropoznawcze (otępenie) oznaczają stany powodujące trwałe i poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera lub poważnego zaburzenia neuropoznawczego (otępienie) musi zostać postawione przez Lekarza neurologa. Diagnoza musi być potwierdzona wywiadem klinicznym, badaniami neuropoznawczymi oraz badaniami obrazowymi mózgu. W obrazie choroby musi występować postępujące pogorszenie pamięci i zdolności intelektualnych z ciężką dysfunkcją poznawczą, potwierdzoną wynikiem testu Mini-Mental Status Examination (MMSE) poniżej 10 z 30 lub równoważny temu wynik przy użyciu innego standaryzowanego i klinicznie akceptowanego testu funkcji poznawczych . Musi również nastąpić trwałe ograniczenie samodzielnego funkcjonowania Ubezpieczonego zarówno pod względem umysłowym jak i społecznym w stopniu wymagającym ciągłego nadzoru i pomocy innej osoby w czynnościach życia codziennego. Zakres powyższej definicji nie obejmuje: • demencji spowodowanej Chorobami psychicznymi lub nadużywaniem alkoholu lub używaniem środków odurzających; • łagodnych zaburzeń neuropoznawczych; • otępienia bezobjawowego identyfikowanego wyłącznie na podstawie wyników badań, neuroobrazowych i wszelkich innych biomarkerów obecnych w płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi, moczu lub innych płynach ustrojowych, przy braku jakichkolwiek objawów poznawczych lub behawioralnych.
17	**Choroba Creutzfeldta-Jacoba:** postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego powodująca w konsekwencji szybko postępujące otępienie, współistniejące ubytki neurologiczne oraz zaburzenia funkcji ruchu. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza neurologa i znajdować potwierdzenie w badaniach klinicznych, EEG oraz badaniach obrazowych.
18	**Choroba Parkinsona:** postępująca zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędne są: • jednoznacznie postawione rozpoznanie przez Lekarza neurologa oraz • określenie przez Lekarza niezdolności do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 6 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub toksyny.
19	**Całkowity niedowład:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub Chorobami psychicznymi.
20	**Bakteryjne zapalenie opon mózgowych:** infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 miesiące od czasu rozpoznania choroby. Rozpoznanie musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego.
21	**Dystrofia mięśniowa:** postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się.
22	**Stwardnienie zanikowe boczne (choroba neuronu ruchowego):** choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. W jej przebiegu musi dojść do powstania trwałych deficytów neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie choroby musi być postawione przez Lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania.

23	**Zapalenie mózgu:** infekcja wirusowa lub bakteryjna mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) o ciężkim przebiegu prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przynajmniej 6 tygodni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa. Wirusowe zapalenie mózgu spowodowane wirusem HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
24	**Pourazowe uszkodzenie mózgu:** nieodwracalne uszkodzenie (martwica) tkanki mózgowej, do powstania którego doszło w wyniku urazu zewnętrznego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, powodujące nieodwracalne ubytki neurologiczne i trwałe symptomy kliniczne. Skutkiem martwicy tkanki mózgowej musi być niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Niezdolność do ich samodzielnego wykonywania musi być potwierdzona przez Lekarza neurologa. Nieszczęśliwy wypadek to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pourazowego uszkodzenia mózgu.
25	**Ropień mózgu:** miejscowa infekcja tkanki mózgowej prowadząca do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę i potwierdzone wynikami badań obrazowych (CT, MRI). Ponadto etiologia bakteryjna lub grzybicza ropnia musi być potwierdzona wynikami badań mikrobiologicznych**.**
26	**Operacja tętniaka mózgu:** Leczenie operacyjne neurochirurgiczne poprzez kraniotomię niepękniętego tętniaka naczyń śródczaszkowych.
27	**Zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych:** Leczenie neuroradiologiczne tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznaczyniowej za pomocą spiral.
28	**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.
29	**Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
30	**Schyłkowa niewydolność wątroby:** całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: • stałej żółtaczki; • wodobrzusza; • encefalopatii wątrobowej. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.
31	**Niedokrwistość aplastyczna:** przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: • całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm3; • liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm3; • liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm3. Ubezpieczony musi przez okres 3 kolejnych miesięcy być leczony: częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez Lekarza hematologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej.

32	**Schyłkowa niewydolność oddechowa:** schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: • natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy, • pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii, • ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg (pO2 <= 55 mmHg), • duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa
33	**Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Stan ten charakteryzuje się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego trwającego nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki będącej wynikiem uzależnienia alkoholowego, narkotykowego oraz śpiączki farmakologicznej.
34	**Ciężkie poparzenia:** stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia lub poparzenia drugiego stopnia, które łącznie z poparzeniem trzeciego stopnia obejmuje co najmniej 50% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę z podaniem zakresu i stopnia oparzenia.
35	**Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby:** definiuje się jako masywną martwicę wątroby wywoływaną przez j wirus i prowadzącą gwałtownie do niewydolności wątroby. Diagnoza musi zostać postawiona przez Lekarza specjalistę i poparta wszystkimi poniższymi objawami: • szybki spadek wielkości wątroby z martwicą obejmującą całe zraziki wątroby; • szybkie pogorszenie czynności wątroby; • żółtaczka; • encefalopatia wątrobowa.
36	**Ciężka sepsa (posocznica):** zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach ciśnienia skurczowego poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji.
37	**Utrata mowy:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub Chorobami psychicznymi.
38	**Utrata wzroku:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym
39	**Utrata słuchu:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
40	**Utrata kończyn:** trwała i całkowita utrata dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub powyżej stawu skokowego.

41	**Utrata wzroku w jednym oku:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w jednym oku, 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 oraz przypadków, gdy utrata wzroku jest skutkiem udaru mózgu, za który zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe.
42	**Utrata słuchu w jednym uchu:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, co oznacza, że średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym oraz przypadków, gdy utrata słuchu jest skutkiem udaru mózgu, za który zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe.
43	**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. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje: • twardziny ograniczonej (morphea); • zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam); • eozynofilowego zapalenia powięzi; • zespołu CREST.
44	**Toczeń rumieniowaty układowy:** oznacza ostateczną diagnozę tocznia rumieniowatego układowego (SLE) postawioną przez lekarza reumatologa na podstawie wyników badań klinicznych i laboratoryjnych potwierdzających zajęcie mózgu (toczniowe zapalenie mózgu) lub nerek (toczniowe zapalenie nerek). Wymagane jest spełnienie jednego z następujących kryteriów: 1. Zajęcie nerek w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego toczniowego zapalenia nerek z trwale upośledzoną czynnością nerek ze współczynnikiem filtracji kłębuszkowej (GFR) poniżej 30 ml/min/1,73m2; lub 2. Zajęcie ośrodkowego układu nerwowego, w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego toczniowego zapalenia mózgu, które skutkuje trwałym deficytem neurologicznym widocznym w badaniu fizykalnym i utrzymującym się dłużej niż 3 miesiące. Napady padaczkowe, bóle głowy, zaburzenia poznawcze i psychiatryczne nie są uważane w tej definicji za dowód deficytu neurologicznego. Zakresem powyższej definicji nie jest objęty toczeń krążkowy oraz toczeń wywołany lekami.
45	**Choroba LeśniowskiegoCrohna:** ciężka postać tej choroby, w czasie której pomimo stosowania optymalnej metody leczenia utrzymuje się przewlekły proces zapalny jelit, powikłana przetokami i zwężeniami jelit. Choroba, której leczenie wymagało wykonania co najmniej jednokrotnej resekcji jelita. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza gastrologa.
46	**Wrzodziejące zapalenie jelita grubego:** Ciężka postać choroby wymagająca wykonania całkowitej resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza gastrologa.
47	**Reumatoidalne zapalenie stawów powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji:** przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze zapalnym i autoimmunologicznym, stwierdzona przez lekarza specjalistę reumatologa na podstawie wystąpienia deformacji co najmniej trzech z następujących grup stawów: stawy międzypaliczkowe rąk, stawy nadgarstkowe, stawy łokciowe, stawy kolanowe, stawy stóp, stawy kręgosłupa szyjnego, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji
48	**Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi:** szybko narastająca encefalopatia prowadząca do zaburzeń świadomości (splątania, majaczenia, otępienia, stuporu lub śpiączki), drgawek, deficytów neurologicznych lub psychozy. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza chorób zakaźnych. Ponadto infekcja Plasmodium falciparum, jako przyczyna choroby, musi być potwierdzona odpowiednimi wynikami testów laboratoryjnych. Postać mózgowa malarii musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu zakończenia leczenia lekami przeciwmalarycznymi.

49	**Zakażenie wirusem HIV:** zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), potwierdzone przez pozytywny wynik dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji oraz przeszczepu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się. Do uznania przez Nationale-Nederlanden Poważnej choroby niezbędne jest potwierdzenie dokumentacją medyczną, że do zakażenia doszło: • Podczas przetoczenia zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 180 dni od daty przetoczenia. • W wyniku przeszczepienia Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV. • Podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych, osób prowadzących praktykę dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej, policjantów, strażaków, pracowników służby więziennej i techników laboratoryjnych zatrudnionym w placówkach medycznych w drodze kontaktu Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią. Ponadto muszą być spełnione poniższe kryteria: • Ubezpieczony jest zobowiązany do zgłoszenia pracodawcy zdarzenia, które może być przyczyną Poważnej choroby; • zgłoszenie powinno nastąpić w ciągu 24 godzin od zajścia tego zdarzenia; • testy krwi dokumentujące brak HIV, czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku; • serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS jest udokumentowana wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku; • Ubezpieczony zgadza się poddać antywirusowej terapii po zdarzeniu, które mogło być przyczyną zakażenia. Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia Nationale-Nederlanden dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na nasz wniosek.
50	**Tężec:** ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów: • bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny), • bolesne skurcze mięśni tułowia, • uogólnione skurcze oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
51	**Gruźlica:** zakażenie prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie stanowi też Poważnej choroby bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
52	**Bąblowica mózgu:** leczona operacyjnie Operacyjne usunięcie torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju Echinococcus, co musi zostać jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym
53	**Wścieklizna leczona szpitalnie:** ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (Rabies virus) przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry, bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych.

54	**Cholera:** jednoznacznie rozpoznana przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (Vibrio cholerae). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu objawów klinicznych – wymiotów i biegunki oraz izolacji Vibrio cholerae z materiału klinicznego lub wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w kale lub wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w kale.
55	**Żółta gorączka:** jednoznacznie rozpoznana przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej 1 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.
56	**Gorączka denga:** jednoznacznie rozpoznana przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką łącznie z występowaniem co najmniej 2 z następujących objawów klinicznych: • ból głowy, • ból pozagałkowy, • bóle mięśni, • bóle stawów, • wysypka, • objawy krwotoczne, • leukopenia. Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej 1 z następujących metod laboratoryjnych: • izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów, • wykrycie kwasów nukleinowych metodą PCR, • wykrycie antygenów wirusa, • co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flaviwirusami.

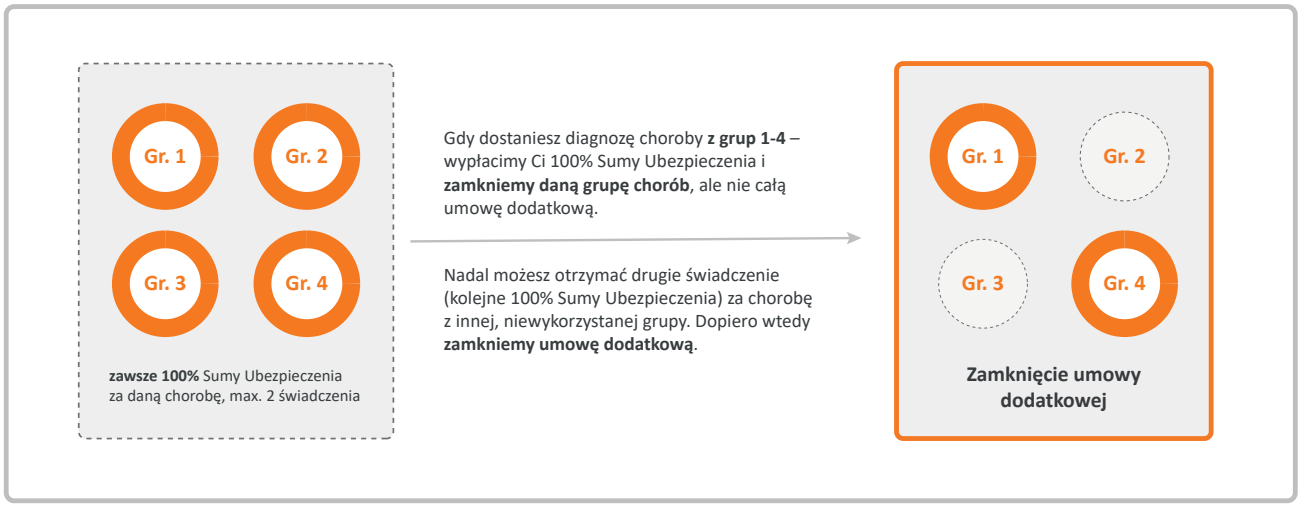
Jak wypłacamy Świadczenie?

Ubezpieczenie na wypadek poważnych chorób (bez nowotworów) oferujemy w 2 wariantach – podstawowym i rozszerzonym.

Wariant podstawowy

W wariancie podstawowym ubezpieczenia chronimy Cię na wypadek 14 najczęstszych poważnych chorób (bez nowotworów) z 4 różnych grup. W ramach tego wariantu wypłacimy Ci **dwa świadczenia** o łącznej wartości **200% Sumy Ubezpieczenia**.

Jeśli zachorujesz na jedną z tych 14 chorób, po diagnozie **wypłacimy Ci 100% Sumy Ubezpieczenia i zamkniemy ochronę dla tej grupy chorób, z której nastąpiła wypłata.** Możesz uzyskać jeszcze jedno świadczenie, jeśli zdiagnozowana zostanie inna choroba z pozostałych trzech grup.

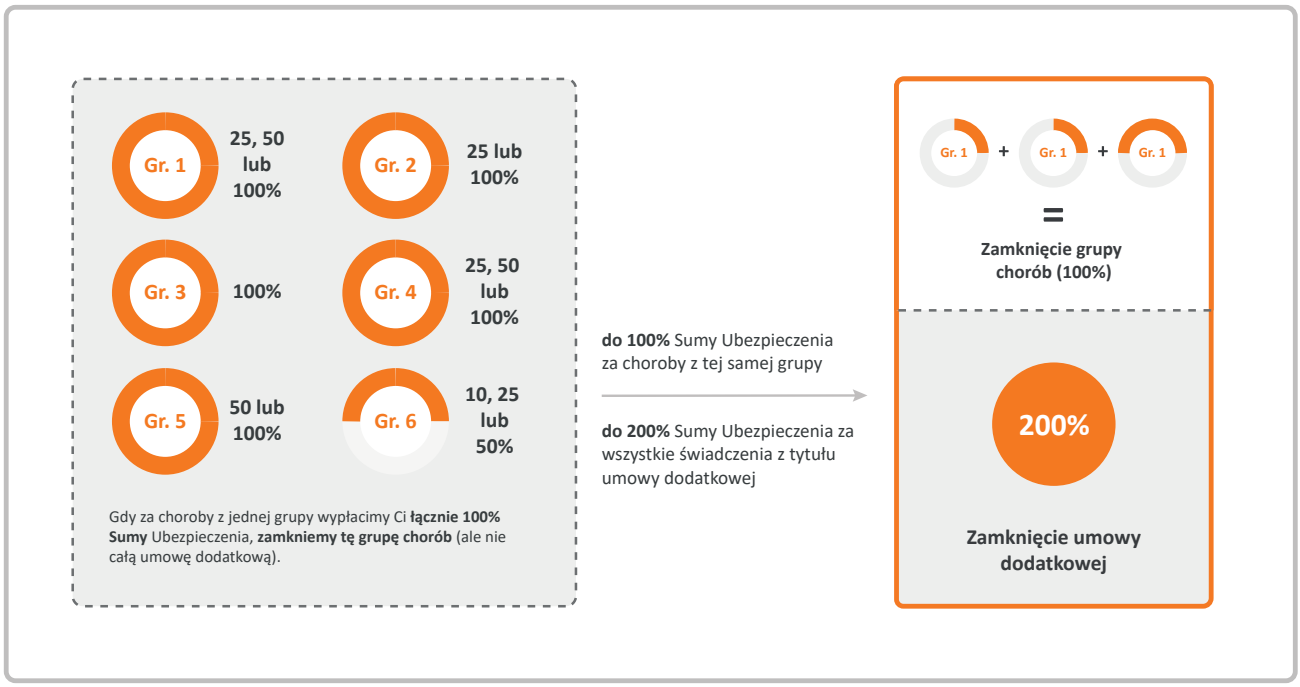


Grupa 1 – choroby kardiologiczne
Grupa 2 – choroby neurologiczne
Grupa 3 – choroby bardzo ciężkie
Grupa 4 – choroby inne

Wariant rozszerzony

W wariancie rozszerzonym ubezpieczenia chronimy Cię na wypadek aż 56 poważnych chorób z 6 różnych grup. W ramach tego wariantu możemy wypłacić Ci **więcej świadczeń w ramach tej samej grupy chorób** (max. 100% Sumy Ubezpieczenia za każdą grupę chorób) oraz **więcej świadczeń ogółem** (aż do wypłaty łącznie 200% Sumy Ubezpieczenia).

Jeżeli w ramach danej grupy chorób wypłacimy Ci świadczenia o wartości łącznej 100% Sumy Ubezpieczenia, **zamkniemy ochronę dla tej grupy chorób**. Wciąż możesz uzyskać kolejne świadczenia za choroby z innych grup (aż do osiągnięcia wypłat o wartości łącznej 200% Sumy Ubezpieczenia).



Grupa 1 – choroby sercowo-naczyniowe
Grupa 2 – choroby neurologiczne
Grupa 3 – choroby bardzo ciężkie
Grupa 4 – choroby inne
Grupa 5 – choroby immunologiczne
Grupa 6 – choroby zakaźne

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne

ANEKS/AG12/1/2022

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1 Zadzwoń do Centrum Alarmowego Partnera medycznego pod numer
+48 (22) 203 79 24

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AG12/1/2022

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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne

nr ANEKS/AG12/1/2022 (dalej: Aneks)

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD lub CU).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1. **„Aneks"** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem AG12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2. **„Warunki standardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3. **„Warunki niestandardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
4. **„Centrum Alarmowe Partnera medycznego"** – wyodrębniona jednostka w ramach struktury Partnera medycznego czynna całodobowo, siedem dni w tygodniu, do której zobowiązany jesteś zgłosić chęć skorzystania ze świadczeń opisanych w Aneksie pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**.
5. **„Partner medyczny"** – Europ Assistance Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie.
6. **„Ośrodek referencyjny"** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej.
7. **„Lekarz"** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.
8. **„Lekarz konsultant"** – Lekarz wskazany przez Partnera medycznego.
9. **„Miejsce zamieszkania"** – adres faktycznego zamieszkania Ubezpieczonego na terenie RP podany przy zawarciu umowy/aneksu.
10. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe"** – wystąpienie objawów choroby lub czynników ryzyka, uzasadniające wykonanie Pre-Diagnozy.
11. **„Pre-Diagnoza"** – świadczenia ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Aneksie przyznawane przez Nationale-Nederlanden i realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego obejmujące następujące świadczenia:
    i. Tele-, lub wideokonsultacja medyczna ogólna,
    ii. Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej,
    iii. Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania,
    iv. Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka,
    v. Wizyta u lekarza specjalisty,
    vi. Badania diagnostyczne,
    vii. Badania genetyczne,
    viii. Infolinia medyczna,
    ix. Infolinia szpitalna.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pre-Diagnozę, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, że Pre-Diagnoza realizowana jest wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 4 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?

1. Pre-Diagnoza jest organizowana przez Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego i ma na celu diagnozę objawów chorobowych lub czynników ryzyka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe Pre-Diagnozy dostępne są na warunkach opisanych w Aneksie i są podzielone na dwie części:
   1) Część I, która ma na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego lub diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, w której skład wchodzą:
      a. **Ankieta medyczna Pre-diagnozy – ocena ryzyka zachorowania** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty ankiety medycznej, mającej na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz konieczność i zasadność wykonania dalszych świadczeń Pre-Diagnozy. Jeżeli niemożliwe jest ustalenie zasadności dalszych świadczeń Partner medyczny organizuje tele lub wideokonsultację medyczną ogólną, oraz przygotuje Plan działań zapobiegawczych po wypełnieniu Aniety medycznej Pre-diagnozy.
      b. **Tele lub wideokonsultacje medyczne ogólne** – Nationale-Nederlanden organizuje Tele- lub wideokonsultacje medyczne dotyczące kwestii medycznych, które są realizowane na bieżąco przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7 w terminie 2 godzin od momentu zgłoszenia. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed Tele- lub wideokonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla lekarza specjalisty medycyny rodzinnej.
      c. **Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej** – jeżeli po tele lub wideokonsultacji z lekarzem specjalistą medycyny rodzinnej Ubezpieczony otrzymał zalecenie wizyty domowej lekarza, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza internisty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
      d. **Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka** – na życzenie Ubezpieczonego, po wykonaniu ankiety medycznej Pre-diagnozy, Partner Medyczny przygotowuje plan działań zapobiegawczych dla odpowiedniej grupy ryzyka, w której został zdiagnozowany Ubezpieczony.
   2) Część II, która ma na celu dalszą ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, jeżeli po wykonaniu Części I Pre-Diagnozy Lekarz Ośrodka Referencyjnego nie był w stanie potwierdzić diagnozy:
      a. **Badania diagnostyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań diagnostycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań diagnostycznych. Badania diagnostyczne mają na celu wczesne wykrycie choroby u Ubezpieczonego, nie posiadającego objawów choroby, ale znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania; Lista badań diagnostycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
      b. **Badania genetyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań genetycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań genetycznych. Badania genetyczne mają na celu wczesne zdiagnozowanie Ubezpieczonego, znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania, oraz uprzedzenie rozwoju choroby nowotworowej; Lista badań genetycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
3. Świadczenia organizacyjno-informacyjne:
   a. **Wizyta u lekarza specjalisty** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony.
   b. **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
      - czynników wpływających na rozwój nowotworów,
      - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu,
      - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów,
      - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyka nowotworów,
      - placówek opieki społecznej i hospicjów,
      - zasad występowania o opiekę hospicyjną,
      - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych, fundacjach onkologicznych,

- bazy danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
- bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
- bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitali prywatnych, szpitali najwyższego stopnia referencji oraz klinik Akademii Medycznych),
- bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
- bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- danego schorzenia, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- danego leku, jego (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- zasad zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
- grup wsparcia i telefonów zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
- uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- Instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroskopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

Udzielane informacje, o których mowa w lit b) powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

4. Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
   a. dostępności szpitali prywatnych,
   b. zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
   c. danych teleadresowych poszczególnych szpitali,
   d. średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.
5. W celu skorzystania z Pre-Diagnozy powinieneś:
   a. skontaktować się z Partnerem medycznym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
   b. przy kontakcie z Partnerem medycznym podać następujące informacje:
      i. imię i nazwisko,
      ii. numer PESEL lub numer polisy Nationale-Nederlanden,
      iii. numer telefonu, pod którym Partner medyczny może się z Tobą skontaktować,
      iv. lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest potrzebna,
      v. inne informacje niezbędne pracownikowi Partnera medycznego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
6. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń w ramach Pre-Diagnozy decyduje Partner medyczny.
7. Centrum Alarmowe Partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym, w celu zgromadzenia pełnej historii zachorowania oraz dokumentacji medycznej. W przypadku gdy lekarz Centrum Alarmowego Partnera medycznego uzna, że zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego w związku z realizacją świadczenia z Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do wykonania usług Pre-Diagnozy. Za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną na piśmie upoważniony przez Nationale-Nederlanden lekarz z Centrum Alarmowego Partnera medycznego może wystąpić do placówek medycznych o udostępnienie niezbędnej dokumentacji medycznej.
8. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Nationale-Nederlanden lub Partnera medycznego nie będzie możliwe wykonanie świadczeń określonych w ust. 2-3 w terminie do 3 dni, po otrzymaniu przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Nationale-Nederlanden zwróci Ubezpieczonemu pokryte przez niego koszty wykonania tych świadczeń, do limitów wskazanych w niniejszym Aneksie. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej, do limitów określonych w art.5.

9. W przypadku, o którym mowa w powyższym punkcie zgłoszenie o refundację kosztów świadczenia powinno zawierać:
   a. numer rachunku bankowego, na który winna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
   b. oryginały lub skany wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
10. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego refunduje koszt świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia i jego wysokość.

Art. 5 Jakie limity obowiązują w ramach Pre-Diagnozy?

1. Poszczególne rodzaje świadczeń są realizowane w ramach limitów wskazanych w poniższej tabeli:

Opcja	Limit na świadczenie w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego
Tele- lub wideokonsultacja medyczna ogólna	4 razy
Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej	2 razy / nie więcej niż 500 zł na wizytę
Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania	1 raz
Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka	1 raz
Organizacja wizyty lekarza specjalisty	Bez limitu
Organizacja badań diagnostycznych	1 raz / nie więcej niż 500 zł
Organizacja badań genetycznych	1 raz / nie więcej niż 1000 zł
Infolinia medyczna	Bez limitu
Infolinia szpitalna	Bez limitu

Wskazane w powyższej tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu ochrony udzielanej na podstawie Aneksu.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Świadczenia opisane Aneksem nie zostaną realizowane:
   a) jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać z Pre-Diagnozy w związku z objawami, które nie miały miejsca w trakcie obowiązywania w stosunku do Ubezpieczonego Aneksu;
   b) w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;
   c) jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na Ubezpieczonego;
   d) w przypadku działań profilaktycznych, nie mających charakteru Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 7 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych niniejszym Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.
2. Wysokość Składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
   a) na wniosek Właścicielem polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów lub po jej zawarciu i w trakcie jej obowiązywania.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Nationale-Nederlanden wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 9 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie?

Jeżeli masz pytania lub wątpliwości dotyczące Pre-Diagnozy możesz je kierować bezpośrednio do Partnera medycznego na dedykowany numer telefonu: **+48 (22) 203 79 24** czynny całodobowo, przez siedem dni w tygodniu.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 11 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 61/2022 z dnia 18 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik nr 1 do OWU – Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych

Pakiet badań diagnostycznych w zależności od czynnika chorobowego:

a) poważne zachorowania (wraz z chorobami układu sercowo-naczyniowego):
1. **Zawał serca** – Profil lipidowy (z oznaczeniem cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, LDL, trójglicerydów, białko całkowite, CRP, glukoza, markery sercowe (troponina, kinaza keratynowa, CK-MB Mass, mioglobina), EKG, USG;
2. **Udar mózgu** – morfologia krwi, INR, APTT, glikemia, Na, mocznik, kreatynina, aminotransferaza wątrobowa, TK, RM, USG Doppler, arteriografia;
3. **Bypass** – morfologia krwi, oznaczenie grupy krwi, badanie ogólne moczu, RTG, EKG;
4. **Przeszczep narządów** – ustalane indywidualnie w zależności od przeszczepianego narządu;
5. **Niewydolność nerek** – morfologia krwi, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, przesączanie kłębuszkowe GFR, badanie ogólne moczu, K, Na, Ca, Mg, lipidogram, USG;
6. **Utrata wzroku** – MR mózgu i oczodołów;
7. **Utrata słuchu** – audiogram;
8. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – oznaczenie grupy krwi, morfologia krwi, badanie ogólne moczu;
9. **Operacja aorty** – oznaczenie grupy krwi, morfologia z płytkami krwi, APTT, INR, Na, K, glukoza, kreatynina, TSH, anty HBS, anty HCV, angio-TK, USG doppler, echo serca, RTG;
10. **Operacja zastawek serca** – oznaczenie grupy krwi, morfologia z płytkami krwi, APTT, INR, Na, K, glukoza, kreatynina, TSH, anty HBS, anty HCV, EKG, echo serca, koronografia, RTG;
11. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – białko całkowite, bilirubina, ASPAT, ALAT, GGTP, fosfataza zasadowa, antyHBS, HCV przeciwciała, ogólne badanie moczu, USG, TK, scyntygrafia;
12. **Utrata mowy** – nie dotyczy;
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – badanie gazometryczne krwi, morfologia, EKG, RTG;
14. **Stwardnienie rozsiane** – elektroforeza, RM, EEG;
15. **Niedokrwistość aplastyczna** – morfologia krwi;
16. **Choroba Alzheimera** – morfologia krwi, OB., lipidogram, glukoza, ASPAT, ALAT, mocznik, kwas moczowy, kreatynina;
17. **Śpiączka** –TK, RM, RTG;
18. **Choroba Parkinsona** – morfologia krwi, elektrolity, glukoza, TSH, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, witamina B12, TK, RM;
19. **Zakażenie wirusem HIV** – HIV;
20. **Zakażenie wirusem** – w zależności od typu wirusa;
21. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – CRP, OB., morfologia, TK;
22. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – RP, OB., morfologia, glukoza, TK;
23. **Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** –morfologia, CRP, ANA, ACA, SCL-70, OB., C3, C4, TK, echokardiografia, kapilaroskopia;
24. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba** – bioptat tkanki mózgowej, EEG, EK, RM;
25. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – morfologia, RTG, TK, RM;
26. **Choroba Leśniowskiego-Crohna** – OB., morfologia, CRP, Fe, PASCA, PANCA, amylaza, Ca, P, Mg, Zn, TK, enteroskopia, kolonoskopia;
27. **Ebola** – nie dotyczy;
28. **Słoniowacizna** – nie dotyczy;
29. **Wirusowe zapalenie mózgu** – morfologia, OB., CRP, TK, RM;
30. **Toczeń rumieniowaty układowy** – anty-dsdna, anty-sm, ob., CRP, proteinogram, C3, C4, morfologia, kreatynina, GFR, badanie ogólne moczu, RTG stawów, RM, USG;
31. **Dystrofia mięśniowa** – morfologia, CRP, OB.;
32. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – morfologia, ASPAT, ALAT, mocznik, elektrolity, ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy, Ca, F, Mg, endoskopia, kolonoskopia, sigmoidoskopia;
33. **Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;

b) Nowotwory złośliwe e (C00 – C97 wg ICD10):
1. **Mózg** – S-100, przeciwciała onkoneuronalne;
2. **Płuca** – NSE, Cyfra 21-1
3. **Skóra (czerniak)** – S-100
4. **Piersi** – CA 15-3, CA 72-4, BRCA 1;
5. **Wątroba** – CEA, AFP;

6. **Drogi żółciowe** – CA 19-9;
7. Żołądek – CEA, CA 19-9;
8. **Trzustka** – CA 19-9;
9. **Jelito grube i odbytnica** – CEA, CA 72-4, Septyna 9, kał krew utajona;
10. **Jajniki** – TPS, CA 125, CA 15-3, CA 72-4, HE4;
11. **Szyjka macicy** – TPS, cytologia, cytologia LBC;
12. **Prostata** – PAP, PSA, fPSA

Pakiet badań genetycznych w zależności od czynnika chorobowego:

a) poważne zachorowania (wraz z chorobami układu sercowo-naczyniowego):
1. **Zawał serca** – gen LRP8, gen CYP1A2, Gen ACE;
2. **Udar mózgu** – nie dotyczy;
3. **Bypass** – nie dotyczy;
4. **Przeszczep narządów** – nie dotyczy;
5. **Niewydolność nerek** – choroba Fabry'ego – GLA1, GLA2;
6. **Utrata wzroku –** zwyrodnienie plamki związane z wiekiem: AMD-1, AMD-2, jaskra pierwotna: JASK-1, JASK-2, zespół Lowe'a: OCRL-1, zespół Marfana: FBN1-1, FBN1-2;
7. **Utrata słuchu –** GJB-2;
8. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA) –** nie dotyczy;
9. **Operacja aorty –** nie dotyczy;
10. **Operacja zastawek serca –** nie dotyczy;
11. **Schyłkowa niewydolność wątroby –** choroba Wilsona: WD-1, WD-2, WD-3, WD-NGS;
12. **Utrata mowy –** nie dotyczy;
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa –** nie dotyczy;
14. **Stwardnienie rozsiane –** nie dotyczy;
15. **Niedokrwistość aplastyczna** – nie dotyczy;
16. **Choroba Alzheimera** – APOE;
17. **Śpiączka** – nie dotyczy;
18. **Choroba Parkinsona –** PARK-1, PARK2-2
19. **Zakażenie wirusem HIV –** nie dotyczy;
20. **Zakażenie wirusem –** nie dotyczy;
21. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi –** nie dotyczy;
22. **Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia) –** nie dotyczy;
23. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba –** nie dotyczy;
24. **Pourazowe uszkodzenie mózgu –** nie dotyczy;
25. **Choroba Leśniowskiego-Crohna –** NOD2;
26. **Ebola –** nie dotyczy;
27. **Słoniowacizna –** nie dotyczy;
28. **Wirusowe zapalenie mózgu –** nie dotyczy;
29. **Toczeń rumieniowaty układowy –** nie dotyczy;
30. **Dystrofia mięśniowa –** DMD;
31. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego –** nie dotyczy;
32. **Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi –** nie dotyczy;

b) Nowotwory złośliwe (C00 – C97 wg ICD10):
1. **Geny BRCA1 i BRCA2;**
2. **Gen CHEK2;**
3. **Gen NBN;**
4. **Gen HOXB13;**
5. **Gen CDKN2A**;
6. **Gen LMNA.**

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog

ANEKS/DK12/1/2022

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1 Zadzwoń na Infolinię medyczną pod numer
(58) 500 55 12
lub zaloguj się na stronie
www.tuzdrowie.pl

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog nr ANEKS/DK12/1/2022.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog

nr ANEKS/DK12/1/2022

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD lub CU).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1) **„Aneks"** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DK12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2) **„Warunki standardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3) **„Warunki niestandardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
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.
5) **„Usługa medyczna"** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarskie i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące bez zbędnej zwłoki rozpoczęciu optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej Zawałem serca.
6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych"** –wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
7) **„Katalog Świadczeń medycznych"** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
8) **„Świadczenie medyczne"** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach ustalonego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, polegające na:
   a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarskich i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,

   albo
   b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
9) **„Konsultant medyczny"** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego.
10) **„Placówka medyczna"** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
11) **„Program zdrowotny"** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej zawałem serca w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
12) **„Zawał serca"** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia

markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:
a) objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
b) wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

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

13) **„Centrum Świadczeń medycznych"** – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
14) **„Portal Ubezpieczonego"** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl za pośrednictwem, której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
15) **„Infolinia medyczna"** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
16) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe"** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zawał serca leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszenia stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Kardiolog.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Zawału serca wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Zawału serca:
   3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
      a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego" znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
      b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

      lub

      przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
   3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
      a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego lub

b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczył się dotychczas lub
d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.

3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.

3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.

3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do Aneksu. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
   a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
   b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
2. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów z tego tytułu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
   a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
   b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia" sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl
   lub
   przekazać w/w dokumenty on–line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on–line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia" lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.
3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia". Maksymalna wysokość wszystkich

Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.

6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
   a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
   b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
   c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
   d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
   e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia, każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
   a) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
   b) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
   c) rodzaj koniecznej pomocy;
   d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
   e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Zawał serca był leczony lub został zdiagnozowany przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z Zawałem serca przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Aneksu.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
   b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających lub uzależniających.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 wymagające wykonania:
   a) badań genetycznych;
   b) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
   c) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę dodatkową.

Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje:
   a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
   c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 61/2022 z dnia 14 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych

do Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog.

Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w okresie ochrony (suma ubezpieczenia) nie może przekroczyć 100 000 zł.

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty – bez limitu na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego		
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 4 konsultacje na rok		
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie – limit po 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Okulista konsultacja lekarska		80,00 zł
Dietetyk – konsultacja		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
Fizjoterapeuta konsultacja		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie profesorskie **limit 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
Kardiolog konsultacja profesorska		150 zł
Opieka specjalistyczna – **limit po 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
Psychiatra konsultacja lekarska		75,00 zł
Psycholog konsultacja		75,00 zł
Opieka specjalistyczna zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów – **limit po 4 badania na każde z niżej wymienionych, na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
Okulistyka		
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
Badania laboratoryjne		
Badania biochemiczne **bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego / po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 2 badania z niżej wymienionych na rok**		
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)		6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł
jonogram (Na, K, Cl)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
Badania moczu **bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego / po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 2 badania z niżej wymienionych na rok**		
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
Badania czynnościowe		
układ krążenia **limit po 4 badania z niżej wymienionych na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
EKG spoczynkowe bez opisu 4 badań		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		80,00 zł
echokardiografia (ECHO)		80,00 zł
EKG wysiłkowe		80,00 zł
Holter EKG „event”		80,00 zł
Rehabilitacja ambulatoryjna – 40 zabiegów na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe		
kinezyterapia		
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		15,00 zł
ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		15,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup lędźwiowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup piersiowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup szyjny	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	nadgarstek	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	podudzie	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	przedramię	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ramię	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ręka	50,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw barkowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw biodrowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw kolanowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw łokciowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw skokowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	stopa	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	udo	50,00 zł
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach	15,00 zł

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog

ANEKS/DN12/1/2022

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1 Zadzwoń na Infolinię medyczną pod numer
(58) 500 55 12
lub zaloguj się na stronie
www.tuzdrowie.pl

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:
Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog
nr ANEKS/DN12/1/2022.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog

nr ANEKS/DN12/1/2022

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Umowy dodatkowej na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (oznaczonej kodem: CD lub CU).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z umów wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1) **„Aneks"** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem, DN12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2) **„Warunki standardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3) **„Warunki niestandardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
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.
5) **„Usługa medyczna"** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarskie i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej udarem mózgu.
6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych"** –wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
7) **„Katalog Świadczeń medycznych"** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
8) **„Świadczenie medyczne"**– świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia Udaru mózgu, polegające na:
   a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarskich i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,

   albo
   b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
9) **„Konsultant medyczny"** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego.
10) **„Placówka medyczna"** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
11) **„Program zdrowotny"** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący bez zbędnej zwłoki na rozpoczęcie optymalnego leczenia i rehabilitacji choroby wywołanej Udarem mózgu w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.
12) **„Udar mózgu"** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody Przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

13) **„Przemijające niedokrwienie mózgu”** – ostry epizod ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24 godzin (TIA, Transient Ischaemic Attack);
14) **„Centrum Świadczeń medycznych”** – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych;
15) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl za pośrednictwem, której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji;
16) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych;
17) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Udar mózgu leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia wymienionej w Katalogu Świadczeń Program Zdrowotny Mój Neurolog.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień rozpoznania Udaru mózgu wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku Udaru mózgu:
   3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
      a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
      b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
      lub
      przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
   3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
      a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
      b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
      c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczył się dotychczas lub
      d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
   3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.

3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr 1. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
   a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
   b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
2. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów z tego tytułu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu realizacji danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
   a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego,
   b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia" sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl
   lub
   przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on – line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia" lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.
3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
4. W przypadku, o którym mowa w art. 3 ust. 2 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia". Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w art.3 ust. 2 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
   a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
   b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
   c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
   d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
   e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia, każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
   a) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
   b) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
   c) rodzaj koniecznej pomocy;
   d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
   e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody Przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za jeżeli udar mózgu był leczony lub został zdiagnozowany przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony skorzystał z usługi medycznej związanej z udarem mózgu lub przemijającym napadem niedokrwiennym przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za usługi medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem Medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszego Aneksu.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
   b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających lub uzależniających.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 wymagające wykonania:
   a) badań genetycznych;
   b) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
   c) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
7. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Na jaki okres zawieramy Aneks? Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
   a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
   c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 61/2022 z dnia 14 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych

do Aneksu do ogólnych warunków Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog.

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty **bez limitu na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie **bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego**		
Neurolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Logopeda konsultacja		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie **po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego limit po 4 konsultacje na rok**		
Neurolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Logopeda konsultacja		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie – **limit po 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
Okulista konsultacja lekarska		80,00 zł
Dietetyk – konsultacja		80,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		80,00 zł
Fizjoterapeuta konsultacja		80,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie profesorskie **limit 4 konsultacje na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
Neurolog konsultacja profesorska		150 zł
Opieka specjalistyczna – **limit po 6 konsultacji na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
Psychiatra konsultacja lekarska		75,00 zł
Psycholog konsultacja		75,00 zł
Opieka specjalistyczna – zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów – **limit po 4 badania na każde z niżej wymienionych, na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
okulistyka		
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
Badania laboratoryjne		
Badania biochemiczne – **bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego / po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 2 badania z niżej wymienionych na rok**		
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
triglicerydy (trójglicerydy)		6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł
jonogram (Na, K, Cl)		5,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
Badania moczu **bez limitu w ciągu 12 miesięcy od Zdarzenia ubezpieczeniowego /** **po upływie 12 miesięcy od Zdarzenia limit po 2 badania z niżej wymienionych na rok**		
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
Badania czynnościowe		
układ krążenia **limit po 4 badania z niżej wymienionych na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
EKG spoczynkowe bez opisu		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
układ nerwowy **limit po 4 badania z niżej wymienionych na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
EEG – elektroencefalografia		60,00 zł
ENG – elektronystagmografia		80,00 zł
Badania ultrasonograficzne USG Dopplerowskie **limit po 4 badania z niżej wymienionych na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
USG – Doppler naczyń szyi		80,00 zł
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR) – **limit po 2 badania z niżej wymienionych na Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem lub bez		525,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		525,00 zł
Rehabilitacja ambulatoryjna – **limit 40 zabiegów na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe**		
kinezyterapia		
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		15,00 zł
ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		15,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup lędźwiowy	50,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup piersiowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup szyjny	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	nadgarstek	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	podudzie	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	przedramię	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ramię	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	ręka	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw barkowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw biodrowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw kolanowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw łokciowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	staw skokowy	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	stopa	50,00 zł
ćwiczenia ind. instruktażowe	udo	50,00 zł
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach	15,00 zł
wyciąg trakcyjny	wyciąg trakcyjny	15,00 zł
elektroterapia		
elektrostymulacja	mięśni kończyny dolnej	15,00 zł
elektrostymulacja	mięśni kończyny górnej	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
fonoforeza	kręgosłup szyjny	15,00 zł
fonoforeza	nadgarstek	15,00 zł
fonoforeza	podudzie	15,00 zł
fonoforeza	przedramię	15,00 zł
fonoforeza	ramię	15,00 zł
fonoforeza	ręka	15,00 zł
fonoforeza	staw barkowy	15,00 zł
fonoforeza	staw biodrowy	15,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
fonoforeza	staw kolanowy	15,00 zł
fonoforeza	staw łokciowy	15,00 zł
fonoforeza	staw skokowy	15,00 zł
fonoforeza	stopa	15,00 zł
fonoforeza	udo	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
galwanizacja	kręgosłup szyjny	15,00 zł
galwanizacja	nadgarstek	15,00 zł
galwanizacja	podudzie	15,00 zł
galwanizacja	przedramię	15,00 zł
galwanizacja	ramię	15,00 zł
galwanizacja	ręka	15,00 zł
galwanizacja	staw barkowy	15,00 zł
galwanizacja	staw biodrowy	15,00 zł
galwanizacja	staw kolanowy	15,00 zł
galwanizacja	staw łokciowy	15,00 zł
galwanizacja	staw skokowy	15,00 zł
galwanizacja	stopa	15,00 zł
galwanizacja	udo	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
jonoforeza	kręgosłup szyjny	15,00 zł
jonoforeza	nadgarstek	15,00 zł
jonoforeza	podudzie	15,00 zł
jonoforeza	przedramię	15,00 zł
jonoforeza	ramię	15,00 zł
jonoforeza	ręka	15,00 zł
jonoforeza	staw barkowy	15,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
jonoforeza	staw biodrowy	15,00 zł
jonoforeza	staw kolanowy	15,00 zł
jonoforeza	staw łokciowy	15,00 zł
jonoforeza	staw skokowy	15,00 zł
jonoforeza	stopa	15,00 zł
jonoforeza	udo	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	nadgarstek	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	podudzie	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	przedramię	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	ramię	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	ręka	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw barkowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	staw skokowy	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	stopa	15,00 zł
prądy Nemeca (interferencyjne)	udo	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Tensa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Tensa	nadgarstek	15,00 zł
prądy Tensa	podudzie	15,00 zł
prądy Tensa	przedramię	15,00 zł
prądy Tensa	ramię	15,00 zł
prądy Tensa	ręka	15,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
prądy Tensa	staw barkowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Tensa	staw skokowy	15,00 zł
prądy Tensa	stopa	15,00 zł
prądy Tensa	udo	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
prądy Traeberta	kręgosłup szyjny	15,00 zł
prądy Traeberta	nadgarstek	15,00 zł
prądy Traeberta	podudzie	15,00 zł
prądy Traeberta	przedramię	15,00 zł
prądy Traeberta	ramię	15,00 zł
prądy Traeberta	ręka	15,00 zł
prądy Traeberta	staw barkowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw biodrowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw kolanowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw łokciowy	15,00 zł
prądy Traeberta	staw skokowy	15,00 zł
prądy Traeberta	stopa	15,00 zł
prądy Traeberta	udo	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kręgosłup szyjny	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	nadgarstek	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	podudzie	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	przedramię	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ramię	15,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	ręka	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw barkowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw biodrowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw kolanowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw łokciowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	staw skokowy	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	stopa	15,00 zł
terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	udo	15,00 zł
hydroterapia		
masaż perełkowy		15,00 zł
masaż podwodny		15,00 zł
masaż wirowy		15,00 zł
krioterapia		
krioterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
krioterapia miejscowa	nadgarstek	15,00 zł
krioterapia miejscowa	podudzie	15,00 zł
krioterapia miejscowa	przedramię	15,00 zł
krioterapia miejscowa	ramię	15,00 zł
krioterapia miejscowa	ręka	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw barkowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw biodrowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw kolanowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw łokciowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
krioterapia miejscowa	stopa	15,00 zł
krioterapia miejscowa	udo	15,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
laseroterapia		
laseroterapia punktowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
laseroterapia punktowa	nadgarstek	15,00 zł
laseroterapia punktowa	podudzie	15,00 zł
laseroterapia punktowa	przedramię	15,00 zł
laseroterapia punktowa	ramię	15,00 zł
laseroterapia punktowa	ręka	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw barkowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw biodrowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw kolanowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw łokciowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	staw skokowy	15,00 zł
laseroterapia punktowa	stopa	15,00 zł
laseroterapia punktowa	udo	15,00 zł
magnetoterapia		
impulsy Magnetus	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	kręgosłup szyjny	15,00 zł
impulsy Magnetus	nadgarstek	15,00 zł
impulsy Magnetus	podudzie	15,00 zł
impulsy Magnetus	przedramię	15,00 zł
impulsy Magnetus	ramię	15,00 zł
impulsy Magnetus	ręka	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw barkowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw biodrowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw kolanowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	staw łokciowy	15,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Suma ubezpieczenia w zł
impulsy Magnetus	staw skokowy	15,00 zł
impulsy Magnetus	stopa	15,00 zł
impulsy Magnetus	udo	15,00 zł
światłolecznictwo		
promienie UV		15,00 zł
Sollux		15,00 zł
terapia ultradźwiękami		
ultraterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	kręgosłup piersiowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	kręgosłup szyjny	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	nadgarstek	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	podudzie	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	przedramię	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	ramię	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	ręka	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw barkowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw biodrowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw kolanowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw łokciowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	staw skokowy	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	stopa	15,00 zł
ultraterapia miejscowa	udo	15,00 zł

nationale nederlanden

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ONA”

OWU/ONA6/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości

Informacje dotyczące:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU)

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ONA” nr OWU/ONA6/1/2025.

Informacje zawarte w OWU	Nr zapisów OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art. 8, Art. 14 OWU, Załącznik nr 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7 OWU, Załącznik nr 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ONA”

OWU/ONA6/1/2025

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” (dalej: Umowa dodatkowa „Ona”) jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „Ona” (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

Wszystkie zdefiniowane pojęcia oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Tu znajdziesz te, które występują najczęściej.

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej

1. **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 (inaczej Ubezpieczyciel), czyli My.
2. **Właściciel polisy** – to osoba, która ukończyła 18 lat. Ma pełną zdolność do czynności prawnych, zawiera Umowę i opłaca Składkę.
3. **Ubezpieczony** – to osoba, która korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, czyli Ty.

… oraz inne pojęcia, których często używamy:

1. **Diagnoza** – rozpoznanie przez Lekarza w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, choroby objętej zakresem niniejszej Umowy dodatkowej, wymienionej w tabeli z wariantami ochrony i Załączniku nr 1, oraz spełniająca kryteria opisane w Załączniku nr 2.
2. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
3. **Suma ubezpieczenia** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia kwota, na podstawie której obliczymy, kwotę Świadczenia, które Ci wypłacimy z niniejszej Umowy dodatkowej.
4. **Świadczenie** – określony w Załączniku nr 1 procent Sumy ubezpieczenia wypłacany po Diagnozie.
5. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona”.
6. **Warunki** – Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy podstawowej.
7. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Diagnoza u Ubezpieczonego.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?

1. Obejmiemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie. Możesz wybrać jeden z dwóch dostępnych wariantów ochrony. Kolejny (wyższy) wariant zapewnia szerszą ochronę, zgodnie z tabelą (szczegółowy zakres poszczególnych wariantów ochrony został opisany w Załączniku nr 1). W Załączniku nr 2 znajdziesz definicje nowotworów, które są w zakresie ubezpieczenia.

Każdy wariant ubezpieczenia „ONA” to dwie osobne pule Świadczeń.
Pula 1 to choroby nowotworowe, za które od razu wypłacimy **100%** Sumy ubezpieczenia.
Tu możesz uzyskać tylko 1 wypłatę Świadczenia i zamkniemy Twoją Umowę dodatkową.

Pula 2 to choroby nowotworowe, za które wypłacimy odpowiedni % Sumy ubezpieczenia.
15% lub 25% Sumy ubezpieczenia wypłacimy w wariancie podstawowym – tu możesz uzyskać 1 wypłatę Świadczenia.
Do 100% Sumy ubezpieczenia wypłacimy w wariancie pełnym – tu możesz uzyskać kilka wypłat Świadczeń.
Po osiągnięciu powyższych poziomów (limitów) zamkniemy tylko Pule 2, ale wciąż będziesz mogła skorzystać z Puli 1.

Wariant podstawowy (kod: CW16)	Wariant pełny (kod:CG16)
Pula 1	**Pula 1**
Grupa 1 Nowotwory złośliwe	Grupa 1 Nowotwory złośliwe
Grupa 2 Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)	Grupa 2 Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)
Pula 2	**Pula 2**
Grupa 3 Nowotwory złośliwe (inne)	Grupa 3 Nowotwory złośliwe (inne)
	Grupa 4 Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium (in situ)
	Grupa 5 Nowotwory łagodne
	Grupa 6 Nowotwory łagodne mózgu (nieoperacyjne)
	Grupa 7 Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline)
	Grupa 8 Nowotwory złośliwe (krwi)

Art. 3 Wyłączenia – czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli wskazana w Diagnozie choroba, jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach i w Warunkach Umowy dodatkowej.

Uwaga: weź pod uwagę, że w definicjach nowotworów w Załączniku nr 2 wskazujemy co jest, a co nie jest objęte ochroną w ramach poszczególnych typów nowotworów. Przeczytaj definicje! To ważne!

Art. 4 Kogo ubezpieczamy?

1. Ubezpieczymy Cię jeśli ukończyłaś 16 lat i nie ukończyłaś 66 lat.

Art. 5 Jak zawrzeć ubezpieczenie?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową albo w czasie trwania Umowy jako dokupienie.
3. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej lub jej dokupieniem możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu Twojego zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie niniejszej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (za wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie zawarcia Umowy dodatkowej.

Art. 6 Umowa dodatkowa – kiedy się rozpoczyna i jak długo trwa?

1. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na okres 5 lat jeśli Umowa dodatkowa zwierana jest razem z Umową podstawową albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania niniejszej Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc polisowy, jeśli jest do dokupienie Umowy dodatkowej do zawartej wcześniej Umowy podstawowej.

2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z Umowy dodatkowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej Umowy dodatkowej kończy się w dniu:
   a) wypłaty 100% sumy ubezpieczenia za Diagnozę Nowotworu złośliwego z grupy 1 lub Nowotworu łagodnego mózgu z grupy 2 w Nieprzerwanym okresie ochrony;
   b) wypłaty 125% sumy ubezpieczenia w wariancie podstawowym w Nieprzerwanym okresie ochrony;
   c) wypłaty 200% sumy ubezpieczenia w wariancie pełnym w Nieprzerwanym okresie ochrony;
   d) wygaśnięcia Umowy dodatkowej (kiedy skończy się okres ubezpieczenia) lub jej rozwiązania;
   w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

Art. 7 Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli zachorujesz?

1. Jeśli posiadasz wariant podstawowy i w czasie trwania ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zachorujesz, możesz otrzymać do 125% Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku, gdy Diagnoza nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu tej Umowy dodatkowej.
2. Jeśli posiadasz wariant pełny i w czasie trwania ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zachorujesz, możesz otrzymać do 200% Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku, gdy Diagnoza nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu tej Umowy dodatkowej.
3. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do dnia Diagnozy a Umowa dodatkowa wygasa.
4. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, % Sumy ubezpieczenia jaki wypłacimy jest uzależniony od rodzaju zdiagnozowanej choroby nowotworowej i wybranego wariantu Umowy dodatkowej wskazanego w Załączniku nr 1.
5. Wartość Świadczenia w puli 1 (grupa 1,2) wynosi 100% Sumy ubezpieczenia, wartość Świadczenia w puli 2 (grupa 3,4,5,6,7,8) wynosi 40%, 25%, 15%, 10% lub 5%. Wyliczamy ją zgodnie z tabelą z Załącznika nr 1 do Warunków Umowy dodatkowej dla wybranego przez Ciebie wariantu Umowy dodatkowej.
6. Wypłata Świadczenia z grupy 1 lub 2 w puli 1 zamyka umowę dodatkową. Tu możesz uzyskać tylko jedną wypłatę świadczenia.
7. Wypłata Świadczenia z jednej grupy 3,4,5,6,7,8 w puli 2, zamyka daną grupę i ochrona z tytułu chorób nowotworowych wskazanych w tej grupie wygasa.
8. Z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z wcześniej wypłaconymi w Nieprzerwanym okresie ochrony Świadczeniami z puli 2 osiągnie ze wszystkich grup łączny limit 100% Sumy ubezpieczania to ochrona z tytułu chorób nowotworowych wskazanych w puli 2 wygasa. Wtedy zamkniemy tylko pule 2, ale nadal będziesz mogła skorzystać z puli 1.
9. W przypadku zmiany wariantu ochrony na wyższy, gdy Diagnoza chorób nie objętych ochroną w poprzednim wariancie nastąpi przed upływem 90 dni od dnia zmiany wariantu, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek opłaconych od dnia zmiany wariantu do dnia Diagnozy. Po wypłacie tego Świadczenia Umowa dodatkowa będzie kontynuowana w ramach poprzedniego wariantu.
10. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia, gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia tej zmiany, podstawą ustalenia wysokości Świadczenia będzie Suma ubezpieczenia obowiązująca przed jej podwyższeniem. Umowa będzie kontynuowana z Sumą ubezpieczenia sprzed podwyższenia, jeśli wypłacone zostało Świadczenie z:
    a) grupy 3 w przypadku wariantu podstawowego;
    b) grupy 3,4,5,6,7,8 w przypadku wariantu pełnego.
    Dodatkowo Świadczenie zostanie powiększone o różnicę wysokości składek opłaconych i należnych od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia do dnia Diagnozy.

Art. 8 Jak wypłacamy Świadczenie? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Diagnoza była postawiona w czasie trwania tej Umowy dodatkowej otrzymujesz prawo do Świadczeń.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Diagnozie, to do wykonania wypłaty, będziemy potrzebowali od Ciebie następujących dokumentów:
    a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
    b) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań potwierdzającymi rozpoznanie choroby oraz wynikiem badania histopatologicznego.
    Możemy poprosić Cię o inne dokumenty, jeśli będą nam potrzebne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia.
3. Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

4. Wypłacimy Świadczenie z ubezpieczenia do 30 dni od dnia, kiedy otrzymamy Twoje zgłoszenie o zdarzeniu. Gdyby, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w tym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jeśli nie wypłacimy Świadczenia, poinformujemy Cię dlaczego.
5. Jeśli uznamy, że przysługuje Ci w danej sytuacji ograniczony zakres naszej ochrony lub mniejsza wypłata, poinformujemy Cię o tym. Wskażemy też okoliczności oraz podstawę prawną, która uzasadnia nasze stanowisko.

Art. 9 Jakie są Twoje obowiązki?

1. Może się zdarzyć tak, że na podstawie dostarczonych dokumentów nie będziemy mogli stwierdzić, czy zdiagnozowana choroba nowotworowa jest objęta ubezpieczeniem. Wtedy skierujemy Cię na konsultacje lub badania lekarskie, które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez nas może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

Art. 10 Składka za Umowę dodatkową – jak ustalamy jej wysokość?

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek, na podstawie Twojego wieku, wysokości Sumy ubezpieczenia, wybranego wariantu ochrony oraz należnych zniżek.
2. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ Twój stan zdrowia i historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Nie będziemy pobierać Składki od dnia Diagnozy Nowotworu złośliwego z grupy 1 lub Nowotworu łagodnego mózgu z grupy 2, pod warunkiem, że zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę.
4. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Suma ubezpieczenia – co oznacza?

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wybiera Właściciel polisy przy wypełnianiu wniosku.
2. Suma ubezpieczenia musi mieścić się w przedziale określonym w TLiO.
3. Sumę ubezpieczenia potwierdzamy w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy kwotę Świadczenia.

Art. 12 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Suma ubezpieczenia może zostać podwyższona na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym podwyższenie Sumy ubezpieczenia,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.
   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie podwyższenia Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
4. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po wypłacie Świadczenia.
5. Obniżenie Sumy ubezpieczenia możliwe jest po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Warunkiem obniżenia Sumy ubezpieczenia jest zachowanie minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
7. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki.
8. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 13 Jak zmienić wariant ochrony?

1. Wariant ochrony zostanie zmieniony na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Nowy wariant ochrony będzie obowiązywał od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
3. W przypadku zmiany wariantu ochrony na pełny , dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla nowotworów, które nie były objęte ochroną we wcześniejszym wariancie ochrony przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przy zmianie wariantu ochrony na pełny możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu Twojego zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy.
   c) poddanie się badaniom lekarskim (za wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości zmiany wariantu ochrony Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie zmiany wariantu ochrony Umowy dodatkowej.
6. Nie można zmienić wariantu ochrony na wyższy po wypłacie Świadczenia.
7. Zmiana wariantu ochrony powoduje zmianę wysokości Składki za tę Umowę dodatkową.
8. Zmiana wariantu ochrony jest możliwa tylko z dotychczasową Sumą ubezpieczenia.
9. Zmiana wariantu ochrony na niższy jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
10. Zmianę wariantu ochrony potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Zaproponujemy Ci przedłużenie tej Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej Umowy dodatkowej nie zachorowałaś na Nowotwór złośliwy z grupy 1 lub Nowotwór łagodny mózgu z grupy 2.
2. Jeśli wybrałaś wariant podstawowy Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego z grupy 3, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych z grupy 3.
3. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego z grupy 3, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych z grupy 3.
4. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium (in situ) z grupy 4, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium (in situ) z grupy 4.
5. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu łagodnego z grupy 5, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów łagodnych z grupy 5.
6. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu łagodnego mózgu z grupy 6 zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów łagodnych mózgu z grupy 6.
7. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) z grupy 7 zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) z grupy 7.

8. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego (krwi) z grupy 8 zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych (krwi) z grupy 8.
9. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy maksymalną możliwą wysokość Świadczeń z Puli 2 do 100 % Sumy ubezpieczenia, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów z grupy 3,4,5,6,7,8.
10. Umowę tę przedłużamy na kolejnej 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 70 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 15 Zastosowanie Warunków

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia tej Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków. Wszelkie pojęcia pisane wielką literą, a nie zdefiniowane w niniejszych Warunkach mają znaczenie określone w Warunkach.

Art. 16 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

1. Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ONA”

Tabela nowotworów

WAŻNE: Tabela nowotworów została sporządzona w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Wariant Podstawowy		
Klasyfikacja ICD-10		
Grupa 1 Nowotwory złośliwe	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
C00	100%	Nowotwór złośliwy wargi
C01	100%	Nowotwór złośliwy nasady języka
C02	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03	100%	Nowotwór złośliwy dziąsła
C04	100%	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05	100%	Nowotwór złośliwy podniebienia
C06	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07	100%	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09	100%	Nowotwór złośliwy migdałka
C10	100%	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
C11	100%	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
C12	100%	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
C13	100%	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
C14	100%	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
C15	100%	Nowotwór złośliwy przełyku
C16	100%	Nowotwór złośliwy żołądka
C17	100%	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C18	100%	Nowotwór złośliwy jelita grubego
C19	100%	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20	100%	Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21	100%	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
C22	100%	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
C23	100%	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
C24	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
C25	100%	Nowotwór złośliwy trzustki
C26	100%	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego
C30	100%	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
C31	100%	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych

C32	100%	Nowotwór złośliwy krtani
C33	100%	Nowotwór złośliwy tchawicy
C34	100%	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
C37	100%	Nowotwór złośliwy grasicy
C38	100%	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
C39	100%	Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
C40	100%	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
C41	100%	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
C43	100%	Czerniak złośliwy skóry
C45	100%	Międzybłoniak
C46	100%	Mięsak Kaposiego
C47	100%	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
C48	100%	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
C49	100%	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
C50	100%	Nowotwór złośliwy piersi
C51	100%	Nowotwór złośliwy sromu
C52	100%	Nowotwór złośliwy pochwy
C53	100%	Nowotwór złośliwy szyjki macicy
C54	100%	Nowotwór złośliwy trzonu macicy
C55	100%	Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
C56	100%	Nowotwór złośliwy jajnika
C57	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
C58	100%	Nowotwór złośliwy łożyska
C64	100%	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
C65	100%	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
C66	100%	Nowotwór złośliwy moczowodu
C67	100%	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
C68	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
C69	100%	Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
C70	100%	Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
C71	100%	Nowotwór złośliwy mózgu
C72	100%	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
C73	100%	Nowotwór złośliwy tarczycy – rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy T1N0M0 opisywany w skali TNM jako wyższy niż T1a-bN0M0
C74	100%	Nowotwór złośliwy nadnerczy
C75	100%	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
C76	100%	Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym
C77	100%	Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych
C78	100%	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego

C79	100%	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu
C80	100%	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia
C81	100%	Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina)
C82	100%	Chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy)
C83	100%	Chłoniak nieziarniczy rozlany
C84	100%	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
C85	100%	Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarniczego
C88	100%	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C90	100%	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
C91	100%	Białaczka limfatyczna
C92	100%	Białaczka szpikowa
C93	100%	Białaczka monocytowa
C94	100%	Inne białaczki określonego rodzaju
C95	100%	Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C96	100%	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
C97	100%	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
D45	100%	Czerwienica prawdziwa wymagająca leczenia cytoredukcyjnego lub chemioterapii
D46	100%	Zespoły mielodysplastyczne wymagające leczenia hematologicznego takiego jak czynniki wzrostu (np. EPO), terapia immunosupresyjna, lenalidomid i leki celowane, chemioterapia i/lub allogeniczny przeszczep komórek krwiotwórczych.
D75.2	100%	Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych – nadpłytkowość samoistna wymagającą leczenia cytoredukcyjnego
Grupa 2 Łagodne nowotwory mózgu (operacyjne)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D32	100%	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych – wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (naruszenie sprawności organizmu, które powoduje trwałe upośledzenie czynności nierokujące poprawy).
D33	100%	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego – wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (naruszenie sprawności organizmu, które powoduje trwałe upośledzenie czynności nierokujące poprawy).
Grupa 3 Nowotwory złośliwe (inne)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
C44	15%	Inne nowotwory złośliwe skóry
C73	25%	Nowotwór złośliwy tarczycy – rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 obejmuje T1a-bN0M0

Wariant Pełny – zawiera wszystkie jednostki chorobowe z Grup 1, 2, 3 Wariantu podstawowego oraz:

Klasyfikacja ICD-10	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
Grupa 4 Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium (in situ)		
D00	25%	Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka

D01	25%	Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
D02	25%	Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D03	25%	Czerniak in situ
D04	10%	Rak in situ skóry
D05	25%	Rak in situ piersi
D06	25%	Rak in situ szyjki macicy
D07	25%	Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
D09	25%	Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
Grupa 5 Nowotwory łagodne	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D10	10%	Nowotwór niezłośliwy jamy ustnej i gardła
D11	10%	Nowotwory niezłośliwe dużych gruczołów ślinowych
D12	10%	Nowotwory niezłośliwe okrężnicy, odbytnicy, odbytu i kanału odbytu
D13	10%	Nowotwory niezłośliwe innych i niedokładnie określonych części układu trawiennego
D14	10%	Nowotwory niezłośliwe ucha środkowego i układu oddechowego
D15	10%	Nowotwór niezłośliwy innych i nieokreślonych narządów klatki piersiowej
D16	10%	Nowotwory niezłośliwe kości i chrząstek stawowych
D17	10%	Nowotwory niezłośliwe z tkanki tłuszczowej
D18	10%	Naczyniaki krwionośne i chłonne jakiegokolwiek umiejscowienia
D19	10%	Nowotwory niezłośliwe międzybłonka
D20	10%	Nowotwory niezłośliwe tkanek miękkich otrzewnej i przestrzeni zaotrzewnowej
D21	10%	Inne nowotwory niezłośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
D24	10%	Nowotwór niezłośliwy sutka
D25	10%	Mięśniak gładkokomórkowy macicy
D26	10%	Inne niezłośliwe nowotwory macicy
D27	10%	Niezłośliwy nowotwór jajnika
D28	10%	Niezłośliwy nowotwór innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
D30	10%	Niezłośliwy nowotwór narządów moczowych
D31	10%	Niezłośliwy nowotwór oka
D34	10%	Niezłośliwy nowotwór tarczycy
D35	10%	Niezłośliwy nowotwór innych i nieokreślonych gruczołów wydzielania wewnętrznego
D36	10%	Niezłośliwy nowotwór o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
Grupa 6 Nowotwory łagodne mózgu (nieoperacyjne)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D32	40%	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych – niewymagający usunięcia neurochirurgicznego i nie powodujący trwałych ubytków neurologicznych
D33	40%	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego – niewymagający usunięcia neurochirurgicznego i nie powodujący trwałych ubytków neurologicznych

Grupa 7 Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D37	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych wymagający chemioterapii / radioterapii lub operacji
D38	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej wymagająca chemioterapii/radioterapii lub zabiegu operacyjnego
D39	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D41	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze narządów moczowych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze narządów moczowych wymagający chemioterapii/ radioterapii lub operacji
D42	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze opon mózgowo-rdzeniowych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze opon mózgowo-rdzeniowych wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D43	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze centralnego systemu nerwowego według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze centralnego systemu nerwowego wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D44	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze gruczołów wydzielania wewnętrznego według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze gruczołów wydzielania wewnętrznego wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D47	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu limfatycznego, krwiotwórczego i tkanek pokrewnych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu limfatycznego, krwiotwórczego i tkanek pokrewnych wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D48	5%	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień, które wymagają chemioterapii/radioterapii lub zabiegu operacyjnego
N87	5%	Dysplazji szyjki macicy CIN 3 według badania histopatologicznego
	25%	Dysplazji szyjki macicy CIN 3 wymagająca chemioterapii/radioterapii lub zabiegu operacyjnego

Grupa 8 Nowotwory złośliwe (krwi)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D45	25%	Czerwienica prawdziwa niewymagająca leczenia cytoredukcyjnego ani chemioterapii

D46	25%	Zespoły mielodysplastyczne niewymagające leczenia hematologicznego takiego jak czynniki wzrostu (np. EPO), terapia immunosupresyjna, lenalidomid i leki celowane, chemioterapia i/lub allogeniczny przeszczep komórek krwiotwórczych.
D75.2	25%	Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych – nadpłytkowość samoistna nie wymagająca leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik nr 2 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ONA”

Definicje nowotworów objętych zakresem ochrony.

1	**Nowotwór złośliwy** – Nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, naciekających i niszczących prawidłową tkankę. Jego rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również chłoniaki złośliwe, białaczki, czerwienica prawdziwa, zespoły mielodysplastyczne, nadpłytkowość samoistna. Szczegółowa lista Nowotworów złośliwych oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1. **Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** - rak przedinwazyjny (rak in situ, czerniak in situ), dysplazja i wszelkie zmiany przedrakowe; - każdy nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i weryfikowalnych objawów klinicznych.
2	**Nowotwór łagodny mózgu –** wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy guz mózgu, który powoduje uszkodzenie mózgu i został potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga. Szczegółowa lista Nowotworów łagodnych mózgu oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1.
3	**Nowotwór złośliwy w przedinwazyjnym stadium (in situ)–** ogniskowa, lokalna proliferacja komórek ograniczona tylko do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie naciekająca tkanek sąsiednich lub przerzutów odległych. Diagnozę należy potwierdzić badaniem histopatologicznym. Szczegółowa lista Nowotworów złośliwych w przedinwazyjnym stadium (in situ) oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1. **Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** - dysplazja i wszelkie zmiany przedrakowe; - każdy nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i weryfikowalnych objawów klinicznych.
4	**Nowotwór łagodny (z wyjątkiem Nowotworu łagodnego mózgu) –** nowotwór złożony z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki rodzicielskiej, który nie nacieka tkanek sąsiednich i nie daje przerzutów odległych. Diagnozę należy potwierdzić badaniem histopatologicznym. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie nowotwory łagodne po operacji. Szczegółowa lista Nowotworów łagodnych oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1. **Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** – guzy skórne lub podskórne.
5	**Nowotwór o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) –** wczesne postacie nowotworów, których stopień zaawansowania stanowi podstawę dobrego rokowania po zabiegu operacyjnym lub chemioterapii lub radioterapii. Rozpoznanie guza granicznego ustala się zgodnie z klasyfikacją kodu ICD i musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochroną ubezpieczeniową objęte są: - dysplazja szyjki macicy CIN 3; - guzy jajnika o granicznej złośliwości; - wszystkie inne nowotwory graniczne. Szczegółowa lista Nowotworów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1.

Jak wypłacamy Świadczenie?

Każdy wariant ubezpieczenia „Ona” to dwie osobne pule Świadczeń.

Pula 1 to choroby nowotworowe, za które od razu wypłacimy **100% Sumy Ubezpieczenia**. Tu możesz uzyskać tylko **1 wypłatę Świadczenia** i zamkniemy Twoją Umowę dodatkową.

Pula 2 to choroby nowotworowe, za które wypłacimy odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia:
a) **15% lub 25% Sumy Ubezpieczenia** wypłacimy w wariancie podstawowym – tu możesz uzyskać **1 wypłatę Świadczenia**,
b) **do 100% Sumy Ubezpieczenia** wypłacimy w wariancie pełnym – tu możesz uzyskać **kilka wypłat Świadczeń**.

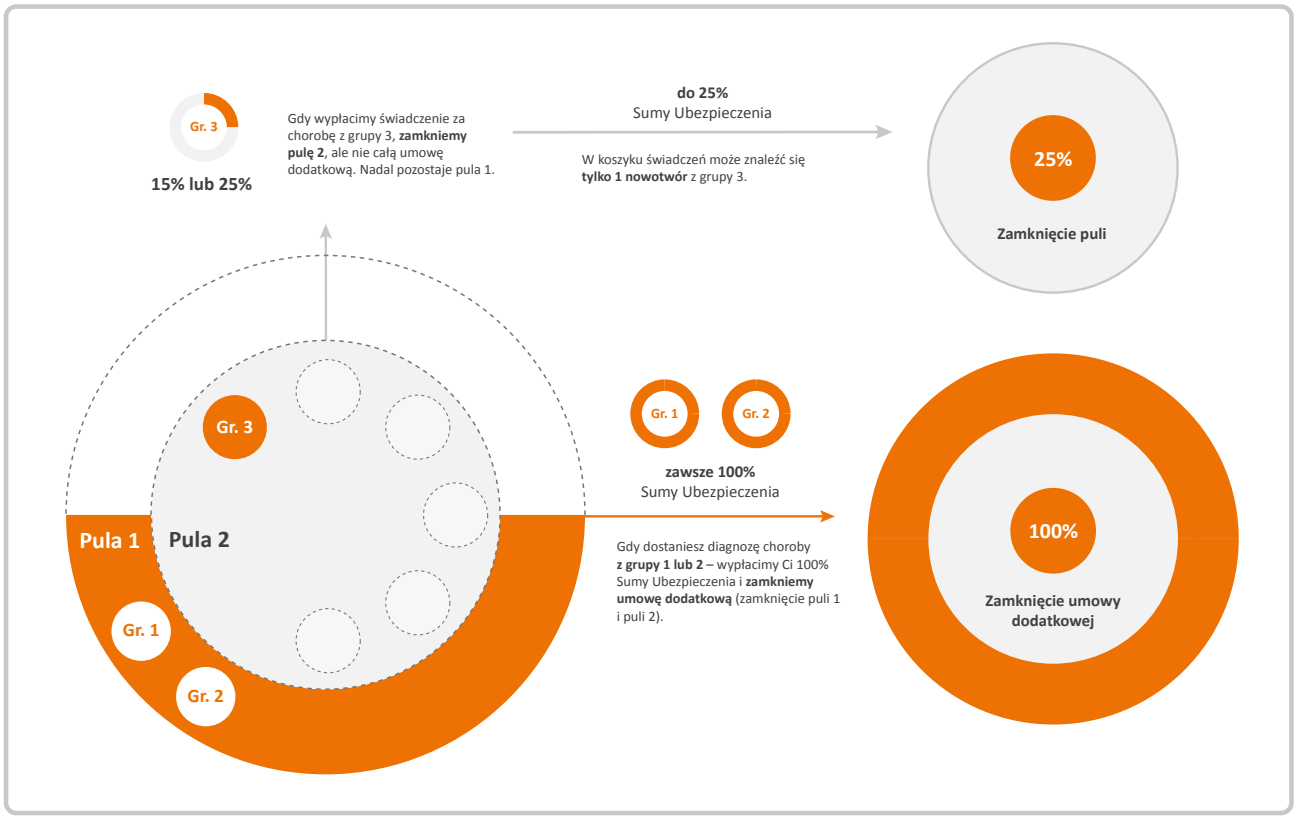
Po osiągnięciu powyższych poziomów (limitów) zamkniemy tylko pulę 2, ale wciąż możesz skorzystać z puli 1.

Wariant podstawowy

Dla wariantu podstawowego ubezpieczenia:

w puli 1 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe (Grupa 1),
- Nowotwory łagodne mózgu [operacyjne] (Grupa 2),

w puli 2 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe [inne] (Grupa 3).



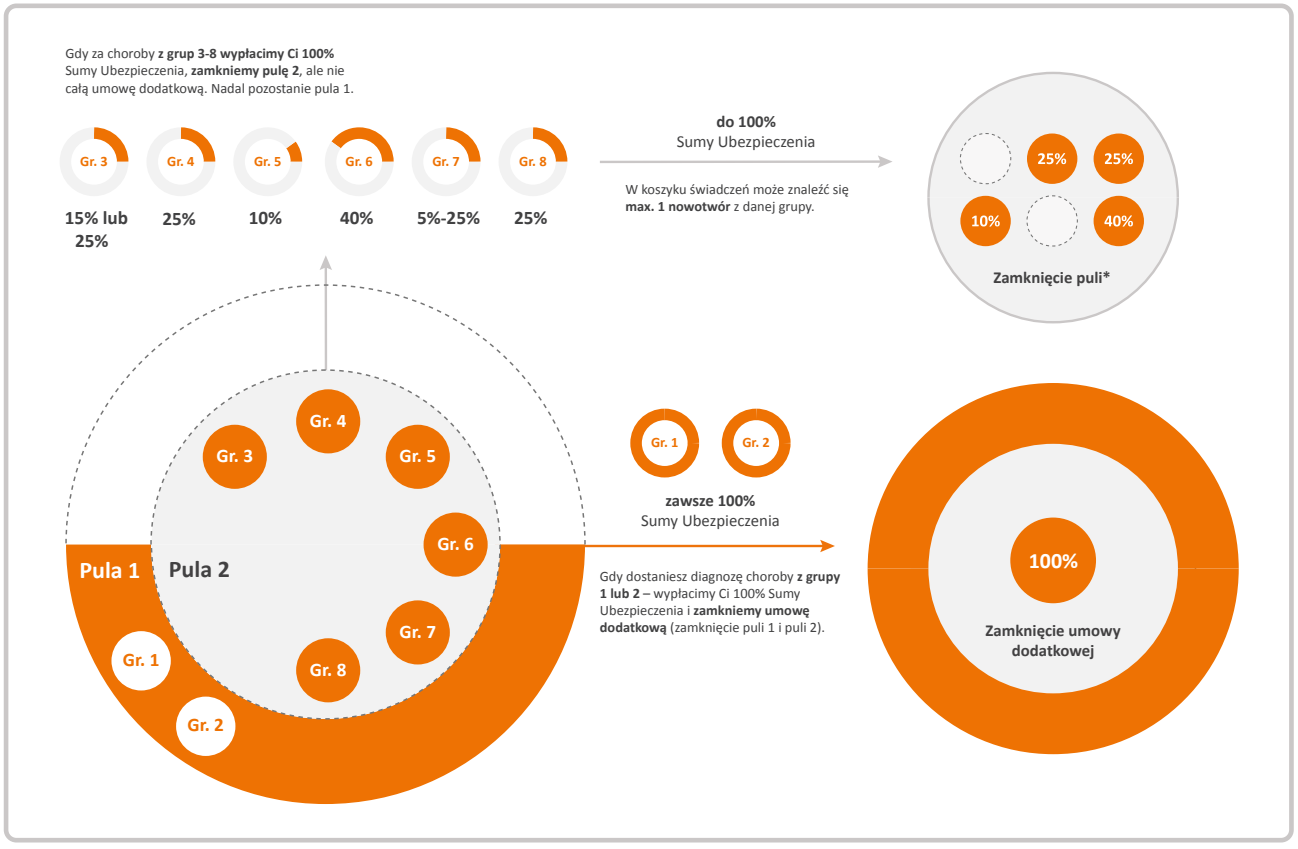
Grupa 1 – Nowotwory złośliwe
Grupa 2 – Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)
Grupa 3 – Nowotwory złośliwe (inne)

Wariant pełny

Dla wariantu pełnego ubezpieczenia:

w puli 1 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe (Grupa 1),
- Nowotwory łagodne mózgu [operacyjne] (Grupa 2),

w puli 2 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe [inne] (Grupa 3),
- Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium [in situ] (Grupa 4),
- Nowotwory łagodne (Grupa 5),
- Nowotwory łagodne mózgu [nieoperacyjne] (Grupa 6),
- Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości [borderline] (Grupa 7),
- Nowotwory złośliwe [krwi] (Grupa 8).



* zamknięcie puli 2, gdyż klient otrzymał łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia.

Grupa 1 – Nowotwory złośliwe
Grupa 2 – Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)
Grupa 3 – Nowotwory złośliwe (inne)
Grupa 4 – Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium (in situ)
Grupa 5 – Nowotwory łagodne
Grupa 6 – Nowotwory łagodne mózgu (nieoperacyjne)
Grupa 7 – Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline)
Grupa 8 – Nowotwory złośliwe (krwi)

nationale nederlanden

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ON”

OWU/ON16/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości

Informacje dotyczące:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU)

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ON” nr OWU/ON16/1/2025.

Informacje zawarte w OWU	Nr zapisów OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art. 8, Art. 14 OWU, Załącznik nr 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 7 OWU, Załącznik nr 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ON”

OWU/ON16/1/2025

Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” (dalej: Umowa dodatkowa „On”) jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „On” (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

Wszystkie zdefiniowane pojęcia oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Tu znajdziesz te, które występują najczęściej.

Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej

1. **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 (inaczej Ubezpieczyciel), czyli My.
2. **Właściciel polisy** – to osoba, która ukończyła 18 lat. Ma pełną zdolność do czynności prawnych, zawiera Umowę i opłaca Składkę.
3. **Ubezpieczony** – to osoba, która korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, czyli Ty.

… oraz inne pojęcia, których często używamy:

1. **Diagnoza** – rozpoznanie przez Lekarza w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, choroby objętej zakresem niniejszej Umowy dodatkowej, wymienionej w tabeli z wariantami ochrony i Załączniku nr 1, oraz spełniająca kryteria opisane w Załączniku nr 2.
2. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich kolejnych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
3. **Suma ubezpieczenia** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia kwota, na podstawie której obliczymy, kwotę Świadczenia, które Ci wypłacimy z niniejszej Umowy dodatkowej.
4. **Świadczenie** – określony w Załączniku nr 1 procent Sumy ubezpieczenia wypłacany po Diagnozie.
5. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On”.
6. **Warunki** – Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy podstawowej.
7. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Diagnoza u Ubezpieczonego.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?

1. Obejmiemy ochroną ubezpieczeniową Twoje zdrowie. Możesz wybrać jeden z dwóch dostępnych wariantów ochrony. Kolejny (wyższy) wariant zapewnia szerszą ochronę, zgodnie z tabelą (szczegółowy zakres poszczególnych wariantów ochrony został opisany w Załączniku nr 1). W Załączniku nr 2 znajdziesz definicje nowotworów, które są w zakresie ubezpieczenia.

Każdy wariant ubezpieczenia „ON” to dwie osobne pule Świadczeń.
Pula 1 to choroby nowotworowe, za które od razu wypłacimy **100%** Sumy ubezpieczenia.
Tu możesz uzyskać tylko 1 wypłatę Świadczenia i zamkniemy Twoją Umowę dodatkową.

Pula 2 to choroby nowotworowe, za które wypłacimy odpowiedni % Sumy ubezpieczenia.
15% lub 25% Sumy ubezpieczenia wypłacimy w wariancie podstawowym – tu możesz uzyskać 1 wypłatę Świadczenia.
Do 100% Sumy ubezpieczenia wypłacimy w wariancie pełnym – tu możesz uzyskać kilka wypłat Świadczeń.
Po osiągnięciu powyższych poziomów (limitów) zamkniemy tylko Pule 2, ale wciąż będziesz mógł skorzystać z Puli 1.

Wariant podstawowy (kod: CM16)	Wariant pełny (kod:CF16)
Pula 1	**Pula 1**
Grupa 1 Nowotwory złośliwe	Grupa 1 Nowotwory złośliwe
Grupa 2 Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)	Grupa 2 Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)
Pula 2	**Pula 2**
Grupa 3 Nowotwory złośliwe (inne)	Grupa 3 Nowotwory złośliwe (inne)
	Grupa 4 Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium (in situ)
	Grupa 5 Nowotwory łagodne
	Grupa 6 Nowotwory łagodne mózgu (nieoperacyjne)
	Grupa 7 Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline)
	Grupa 8 Nowotwory złośliwe (krwi)

Art. 3 Wyłączenia – czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli wskazana w Diagnozie choroba, jest następstwem okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach i w Warunkach Umowy dodatkowej.

Uwaga: weź pod uwagę, że w definicjach nowotworów w Załączniku nr 2 wskazujemy co jest, a co nie jest objęte ochroną w ramach poszczególnych typów nowotworów. Przeczytaj definicje! To ważne!

Art. 4 Kogo ubezpieczamy?

1. Ubezpieczymy Cię jeśli ukończyłeś 16 lat i nie ukończyłeś 66 lat.

Art. 5 Jak zawrzeć ubezpieczenie?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową albo w czasie trwania Umowy jako dokupienie.
3. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej lub jej dokupieniem możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu Twojego zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie niniejszej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (za wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie zawarcia Umowy dodatkowej.

Art. 6 Umowa dodatkowa – kiedy się rozpoczyna i jak długo trwa?

1. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na okres 5 lat jeśli Umowa dodatkowa zwierana jest razem z Umową podstawową albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania niniejszej Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc polisowy, jeśli jest do dokupienie Umowy dodatkowej do zawartej wcześniej Umowy podstawowej.

2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z Umowy dodatkowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej Umowy dodatkowej kończy się w dniu:
   a) wypłaty 100% sumy ubezpieczenia za Diagnozę Nowotworu złośliwego z grupy 1 lub Nowotworu łagodnego mózgu z grupy 2 w Nieprzerwanym okresie ochrony;
   b) wypłaty 125% sumy ubezpieczenia w wariancie podstawowym w Nieprzerwanym okresie ochrony;
   c) wypłaty 200% sumy ubezpieczenia w wariancie pełnym w Nieprzerwanym okresie ochrony;
   d) wygaśnięcia Umowy dodatkowej (kiedy skończy się okres ubezpieczenia) lub jej rozwiązania;
   w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

Art. 7 Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli zachorujesz?

1. Jeśli posiadasz wariant podstawowy i w czasie trwania ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zachorujesz, możesz otrzymać do 125% Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku, gdy Diagnoza nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu tej Umowy dodatkowej.
2. Jeśli posiadasz wariant pełny i w czasie trwania ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zachorujesz, możesz otrzymać do 200% Sumy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku, gdy Diagnoza nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu tej Umowy dodatkowej.
3. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do dnia Diagnozy a Umowa dodatkowa wygasa.
4. W przypadku gdy Diagnoza nastąpi po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, % Sumy ubezpieczenia jaki wypłacimy jest uzależniony od rodzaju zdiagnozowanej choroby nowotworowej i wybranego wariantu Umowy dodatkowej wskazanego w Załączniku nr 1.
5. Wartość Świadczenia w puli 1 (grupa 1,2) wynosi 100% Sumy ubezpieczenia, wartość Świadczenia w puli 2 (grupa 3,4,5,6,7,8) wynosi 40%, 25%, 15%, 10% lub 5%. Wyliczamy ją zgodnie z tabelą z Załącznika nr 1 do Warunków Umowy dodatkowej dla wybranego przez Ciebie wariantu Umowy dodatkowej.
6. Wypłata Świadczenia z grupy 1 lub 2 w puli 1 zamyka umowę dodatkową. Tu możesz uzyskać tylko jedną wypłatę świadczenia.
7. Wypłata Świadczenia z jednej grupy 3,4,5,6,7,8 w puli 2, zamyka daną grupę i ochrona z tytułu chorób nowotworowych wskazanych w tej grupie wygasa.
8. Z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z wcześniej wypłaconymi w Nieprzerwanym okresie ochrony Świadczeniami z puli 2 osiągnie ze wszystkich grup łączny limit 100% Sumy ubezpieczania to ochrona z tytułu chorób nowotworowych wskazanych w puli 2 wygasa. Wtedy zamkniemy tylko pule 2, ale nadal będziesz mógł skorzystać z puli 1.
9. W przypadku zmiany wariantu ochrony na wyższy, gdy Diagnoza chorób nie objętych ochroną w poprzednim wariancie nastąpi przed upływem 90 dni od dnia zmiany wariantu, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek opłaconych od dnia zmiany wariantu do dnia Diagnozy. Po wypłacie tego Świadczenia Umowa dodatkowa będzie kontynuowana w ramach poprzedniego wariantu.
10. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia, gdy Diagnoza nastąpi przed upływem 90 dni od dnia tej zmiany, podstawą ustalenia wysokości Świadczenia będzie Suma ubezpieczenia obowiązująca przed jej podwyższeniem. Umowa będzie kontynuowana z Sumą ubezpieczenia sprzed podwyższenia, jeśli wypłacone zostało Świadczenie z:
    a) grupy 3 w przypadku wariantu podstawowego;
    b) grupy 3,4,5,6,7,8 w przypadku wariantu pełnego.
    Dodatkowo Świadczenie zostanie powiększone o różnicę wysokości składek opłaconych i należnych od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia do dnia Diagnozy.

Art. 8 Jak wypłacamy Świadczenie? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Diagnoza była postawiona w czasie trwania tej Umowy dodatkowej otrzymujesz prawo do Świadczeń.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Diagnozie, to do wykonania wypłaty, będziemy potrzebowali od Ciebie następujących dokumentów:
    a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
    b) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań potwierdzającymi rozpoznanie choroby oraz wynikiem badania histopatologicznego.
    Możemy poprosić Cię o inne dokumenty, jeśli będą nam potrzebne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia.
3. Wypłaty będą realizowane zgodnie z Twoją dyspozycją – na rachunek bankowy lub w inny sposób.

4. Wypłacimy Świadczenie z ubezpieczenia do 30 dni od dnia, kiedy otrzymamy Twoje zgłoszenie o zdarzeniu. Gdyby, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w tym terminie, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jeśli nie wypłacimy Świadczenia, poinformujemy Cię dlaczego.
5. Jeśli uznamy, że przysługuje Ci w danej sytuacji ograniczony zakres naszej ochrony lub mniejsza wypłata, poinformujemy Cię o tym. Wskażemy też okoliczności oraz podstawę prawną, która uzasadnia nasze stanowisko.

Art. 9 Jakie są Twoje obowiązki?

1. Może się zdarzyć tak, że na podstawie dostarczonych dokumentów nie będziemy mogli stwierdzić, czy zdiagnozowana choroba nowotworowa jest objęta ubezpieczeniem. Wtedy skierujemy Cię na konsultacje lub badania lekarskie, które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez nas może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

Art. 10 Składka za Umowę dodatkową – jak ustalamy jej wysokość?

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek, na podstawie Twojego wieku, wysokości Sumy ubezpieczenia, wybranego wariantu ochrony oraz należnych zniżek.
2. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ Twój stan zdrowia i historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Nie będziemy pobierać Składki od dnia Diagnozy Nowotworu złośliwego z grupy 1 lub Nowotworu łagodnego mózgu z grupy 2, pod warunkiem, że zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę.
4. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 11 Suma ubezpieczenia – co oznacza?

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wybiera Właściciel polisy przy wypełnianiu wniosku.
2. Suma ubezpieczenia musi mieścić się w przedziale określonym w TLiO.
3. Sumę ubezpieczenia potwierdzamy w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy kwotę Świadczenia.

Art. 12 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Suma ubezpieczenia może zostać podwyższona na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym podwyższenie Sumy ubezpieczenia,
   c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie podwyższenia Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
4. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po wypłacie Świadczenia.
5. Obniżenie Sumy ubezpieczenia możliwe jest po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Warunkiem obniżenia Sumy ubezpieczenia jest zachowanie minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
7. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki.
8. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 13 Jak zmienić wariant ochrony?

1. Wariant ochrony zostanie zmieniony na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Nowy wariant ochrony będzie obowiązywał od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
3. W przypadku zmiany wariantu ochrony na pełny , dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla nowotworów, które nie były objęte ochroną we wcześniejszym wariancie ochrony przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przy zmianie wariantu ochrony na pełny możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu Twojego zdrowia,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy.
   c) poddanie się badaniom lekarskim (za wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
   a) możliwości zmiany wariantu ochrony Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
   b) odmowie zmiany wariantu ochrony Umowy dodatkowej.
6. Nie można zmienić wariantu ochrony na wyższy po wypłacie Świadczenia.
7. Zmiana wariantu ochrony powoduje zmianę wysokości Składki za tę Umowę dodatkową.
8. Zmiana wariantu ochrony jest możliwa tylko z dotychczasową Sumą ubezpieczenia.
9. Zmiana wariantu ochrony na niższy jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
10. Zmianę wariantu ochrony potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Zaproponujemy Ci przedłużenie tej Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej Umowy dodatkowej nie zachorowałaś na Nowotwór złośliwy z grupy 1 lub Nowotwór łagodny mózgu z grupy 2.
2. Jeśli wybrałeś wariant podstawowy Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego z grupy 3, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych z grupy 3.
3. Jeśli wybrałeś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego z grupy 3, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych z grupy 3.
4. Jeśli wybrałeś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium (in situ) z grupy 4, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych we wczesnym lub przedinwazyjnym stadium (in situ) z grupy 4.
5. Jeśli wybrałeś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu łagodnego z grupy 5, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów łagodnych z grupy 5.
6. Jeśli wybrałaś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu łagodnego mózgu z grupy 6 zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów łagodnych mózgu z grupy 6.
7. Jeśli wybrałeś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) z grupy 7 zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) z grupy 7.

8. Jeśli wybrałeś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy jedno Świadczenie z tytułu Nowotworu złośliwego (krwi) z grupy 8 zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów złośliwych (krwi) z grupy 8.
9. Jeśli wybrałeś wariant pełny Umowy dodatkowej i w czasie jej trwania wypłaciliśmy maksymalną możliwą wysokość Świadczeń z Puli 2 do 100 % Sumy ubezpieczenia, zaproponujemy Ci przedłużenie Umowy dodatkowej. W takim przypadku zakres ubezpieczenia każdej kolejnej przedłużonej Umowy dodatkowej nie będzie obejmował Nowotworów z grupy 3,4,5,6,7,8.
10. Umowę tę przedłużamy na kolejnej 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 70 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 15 Zastosowanie Warunków

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia tej Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków. Wszelkie pojęcia pisane wielką literą, a nie zdefiniowane w niniejszych Warunkach mają znaczenie określone w Warunkach.

Art. 16 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

1. Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik nr 1 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ON”

Tabela nowotworów

WAŻNE: Tabela nowotworów została sporządzona w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Wariant Podstawowy		
Klasyfikacja ICD-10		
Grupa 1 Nowotwory złośliwe (typowe)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
C00	100%	Nowotwór złośliwy wargi
C01	100%	Nowotwór złośliwy nasady języka
C02	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03	100%	Nowotwór złośliwy dziąsła
C04	100%	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05	100%	Nowotwór złośliwy podniebienia
C06	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07	100%	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09	100%	Nowotwór złośliwy migdałka
C10	100%	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
C11	100%	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
C12	100%	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
C13	100%	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
C14	100%	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
C15	100%	Nowotwór złośliwy przełyku
C16	100%	Nowotwór złośliwy żołądka
C17	100%	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C18	100%	Nowotwór złośliwy jelita grubego
C19	100%	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20	100%	Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21	100%	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
C22	100%	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
C23	100%	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
C24	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
C25	100%	Nowotwór złośliwy trzustki
C26	100%	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego
C30	100%	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
C31	100%	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
C32	100%	Nowotwór złośliwy krtani

C33	100%	Nowotwór złośliwy tchawicy
C34	100%	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
C37	100%	Nowotwór złośliwy grasicy
C38	100%	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
C39	100%	Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
C40	100%	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
C41	100%	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
C43	100%	Czerniak złośliwy skóry
C45	100%	Międzybłoniak
C46	100%	Mięsak Kaposiego
C47	100%	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
C48	100%	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
C49	100%	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
C60	100%	Nowotwór złośliwy prącia
C61	100%	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 (wyższym niż T1a-bN0M0)
C62	100%	Nowotwór złośliwy jądra
C63	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
C64	100%	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
C65	100%	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
C66	100%	Nowotwór złośliwy moczowodu
C67	100%	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
C68	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
C69	100%	Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
C70	100%	Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
C71	100%	Nowotwór złośliwy mózgu
C72	100%	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
C73	100%	Nowotwór złośliwy tarczycy – rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy T1N0M0 opisywany w skali TNM jako wyższy niż T1a-bN0M0
C74	100%	Nowotwór złośliwy nadnerczy
C75	100%	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
C76	100%	Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym
C77	100%	Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych
C78	100%	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego
C79	100%	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu
C80	100%	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia
C81	100%	Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina)
C82	100%	Chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy)
C83	100%	Chłoniak nieziarniczy rozlany
C84	100%	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T

C85	100%	Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarniczego
C88	100%	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C90	100%	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
C91	100%	Białaczka limfatyczna
C92	100%	Białaczka szpikowa
C93	100%	Białaczka monocytowa
C94	100%	Inne białaczki określonego rodzaju
C95	100%	Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C96	100%	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
C97	100%	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
D45	100%	Czerwienica prawdziwa wymagająca leczenia cytoredukcyjnego lub chemioterapii
D46	100%	Zespoły mielodysplastyczne wymagające leczenia hematologicznego takiego jak czynniki wzrostu (np. EPO), terapia immunosupresyjna, lenalidomid i leki celowane, chemioterapia i/lub allogeniczny przeszczep komórek krwiotwórczych.
D75.2	100%	Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych – nadpłytkowość samoistna wymagającą leczenia cytoredukcyjnego
Grupa 2 Łagodne nowotwory mózgu (operacyjne)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D32	100%	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych – wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (naruszenie sprawności organizmu, które powoduje trwałe upośledzenie czynności nierokujące poprawy).
D33	100%	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego – wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (naruszenie sprawności organizmu, które powoduje trwałe upośledzenie czynności nierokujące poprawy).
Grupa 3 Nowotwory złośliwe (atypowe)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
C44	15%	Inne nowotwory złośliwe skóry
C61	25%	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 (obejmuje T1a-bN0M0)
C73	25%	Nowotwór złośliwy tarczycy – rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 obejmuje T1a-bN0M0
Wariant Pełny – zawiera wszystkie jednostki chorobowe z Grup 1, 2, 3 Wariantu podstawowego oraz:		
Klasyfikacja ICD-10	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
Grupa 4 Nowotwór złośliwy w przedinwazyjnym stadium (in situ)		
D00	25%	Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
D01	25%	Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
D02	25%	Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D03	25%	Czerniak in situ
D04	10%	Rak in situ skóry
D05	25%	Rak in situ piersi

D07	25%	Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
D09	25%	Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
Grupa 5 Nowotwory łagodne (z wyjątkiem nowotworów łagodnych mózgu)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D10	10%	Nowotwór niezłośliwy jamy ustnej i gardła
D11	10%	Nowotwory niezłośliwe dużych gruczołów ślinowych
D12	10%	Nowotwory niezłośliwe okrężnicy, odbytnicy, odbytu i kanału odbytu
D13	10%	Nowotwory niezłośliwe innych i niedokładnie określonych części układu trawiennego
D14	10%	Nowotwory niezłośliwe ucha środkowego i układu oddechowego
D15	10%	Nowotwór niezłośliwy innych i nieokreślonych narządów klatki piersiowej
D16	10%	Nowotwory niezłośliwe kości i chrząstek stawowych
D17	10%	Nowotwory niezłośliwe z tkanki tłuszczowej
D18	10%	Naczyniaki krwionośne i chłonne jakiegokolwiek umiejscowienia
D19	10%	Nowotwory niezłośliwe międzybłonka
D20	10%	Nowotwory niezłośliwe tkanek miękkich otrzewnej i przestrzeni zaotrzewnowej
D21	10%	Inne nowotwory niezłośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
D24	10%	Nowotwór niezłośliwy sutka
D29	10%	Nowotwór niezłośliwy męskich narządów płciowych
D30	10%	Niezłośliwy nowotwór narządów moczowych
D31	10%	Niezłośliwy nowotwór oka
D34	10%	Niezłośliwy nowotwór tarczycy
D35	10%	Niezłośliwy nowotwór innych i nieokreślonych gruczołów wydzielania wewnętrznego
D36	10%	Niezłośliwy nowotwór o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
Grupa 6 Nowotwory łagodne mózgu (nieoperacyjne)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D32	40%	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych – niewymagający usunięcia neurochirurgicznego i nie powodujący trwałych ubytków neurologicznych
D33	40%	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego – niewymagający usunięcia neurochirurgicznego i nie powodujący trwałych ubytków neurologicznych
Grupa 7 Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D37	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych wymagający chemioterapii / radioterapii lub operacji

D38	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej wymagająca chemioterapii/radioterapii lub zabiegu operacyjnego
D40	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze męskich narządów płciowych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze męskich narządów płciowych wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D41	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze narządów moczowych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze narządów moczowych wymagający chemioterapii/ radioterapii lub operacji
D42	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze opon mózgowo-rdzeniowych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze opon mózgowo-rdzeniowych wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D43	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze centralnego systemu nerwowego według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze centralnego systemu nerwowego wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D44	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze gruczołów wydzielania wewnętrznego według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze gruczołów wydzielania wewnętrznego wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D47	5%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu limfatycznego, krwiotwórczego i tkanek pokrewnych według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu limfatycznego, krwiotwórczego i tkanek pokrewnych wymagający chemioterapii/radioterapii lub operacji
D48	5%	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień według badania histopatologicznego
	25%	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień, które wymagają chemioterapii/radioterapii lub zabiegu operacyjnego
Grupa 8 Nowotwory złośliwe (krwi)	**Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia**	**Nazwa jednostki chorobowej**
D45	25%	Czerwienica prawdziwa niewymagająca leczenia cytoredukcyjnego ani chemioterapii
D46	25%	Zespoły mielodysplastyczne niewymagające leczenia hematologicznego takiego jak czynniki wzrostu (np. EPO), terapia immunosupresyjna, lenalidomid i leki celowane, chemioterapia i/lub allogeniczny przeszczep komórek krwiotwórczych.
D75.2	25%	Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych – nadpłytkowość samoistna nie wymagająca leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik nr 2 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ON”

Definicje nowotworów objętych zakresem ochrony.

1	**Nowotwór złośliwy** – Nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, naciekających i niszczących prawidłową tkankę. Jego rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również chłoniaki złośliwe, białaczki, czerwienica prawdziwa, zespoły mielodysplastyczne, nadpłytkowość samoistna. Szczegółowa lista Nowotworów złośliwych oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1. **Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** – rak przedinwazyjny (rak in situ, czerniak in situ), dysplazja i wszelkie zmiany przedrakowe; – każdy nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i weryfikowalnych objawów klinicznych.
2	**Nowotwór łagodny mózgu –** wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy guz mózgu, który powoduje uszkodzenie mózgu i został potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga. Szczegółowa lista Nowotworów łagodnych mózgu oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1.
3	**Nowotwór złośliwy w przedinwazyjnym stadium (in situ)–** ogniskowa, lokalna proliferacja komórek ograniczona tylko do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie naciekająca tkanek sąsiednich lub przerzutów odległych. Diagnozę należy potwierdzić badaniem histopatologicznym. Szczegółowa lista Nowotworów złośliwych w przedinwazyjnym stadium (in situ) oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1. **Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** - dysplazja i wszelkie zmiany przedrakowe; - każdy nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i weryfikowalnych objawów klinicznych.
4	**Nowotwór łagodny (z wyjątkiem Nowotworu łagodnego mózgu) –** nowotwór złożony z tkanki zróżnicowanej i dojrzałej, ograniczony do tkanki rodzicielskiej, który nie nacieka tkanek sąsiednich i nie daje przerzutów odległych. Diagnozę należy potwierdzić badaniem histopatologicznym. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie nowotwory łagodne po operacji. Szczegółowa lista Nowotworów łagodnych oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1. **Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** – guzy skórne lub podskórne.
5	**Nowotwór o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) –** wczesne postacie nowotworów, których stopień zaawansowania stanowi podstawę dobrego rokowania po zabiegu operacyjnym lub chemioterapii lub radioterapii. Rozpoznanie guza granicznego ustala się zgodnie z klasyfikacją kodu ICD i musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochroną ubezpieczeniową objęte są: - dysplazja szyjki macicy CIN 3; - guzy jajnika o granicznej złośliwości; - wszystkie inne nowotwory graniczne. Szczegółowa lista Nowotworów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) oraz wysokość Świadczenia za poszczególne z nich, została podana w Załączniku nr 1.

Jak wypłacamy Świadczenie?

Każdy wariant ubezpieczenia „On” to dwie osobne pule Świadczeń.

Pula 1 to choroby nowotworowe, za które od razu wypłacimy **100% Sumy Ubezpieczenia**. Tu możesz uzyskać tylko **1 wypłatę Świadczenia** i zamkniemy Twoją Umowę dodatkową.

Pula 2 to choroby nowotworowe, za które wypłacimy odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia:
a) **15% lub 25% Sumy Ubezpieczenia** wypłacimy w wariancie podstawowym – tu możesz uzyskać **1 wypłatę Świadczenia**,
b) **do 100% Sumy Ubezpieczenia** wypłacimy w wariancie pełnym – tu możesz uzyskać **kilka wypłat Świadczeń**.

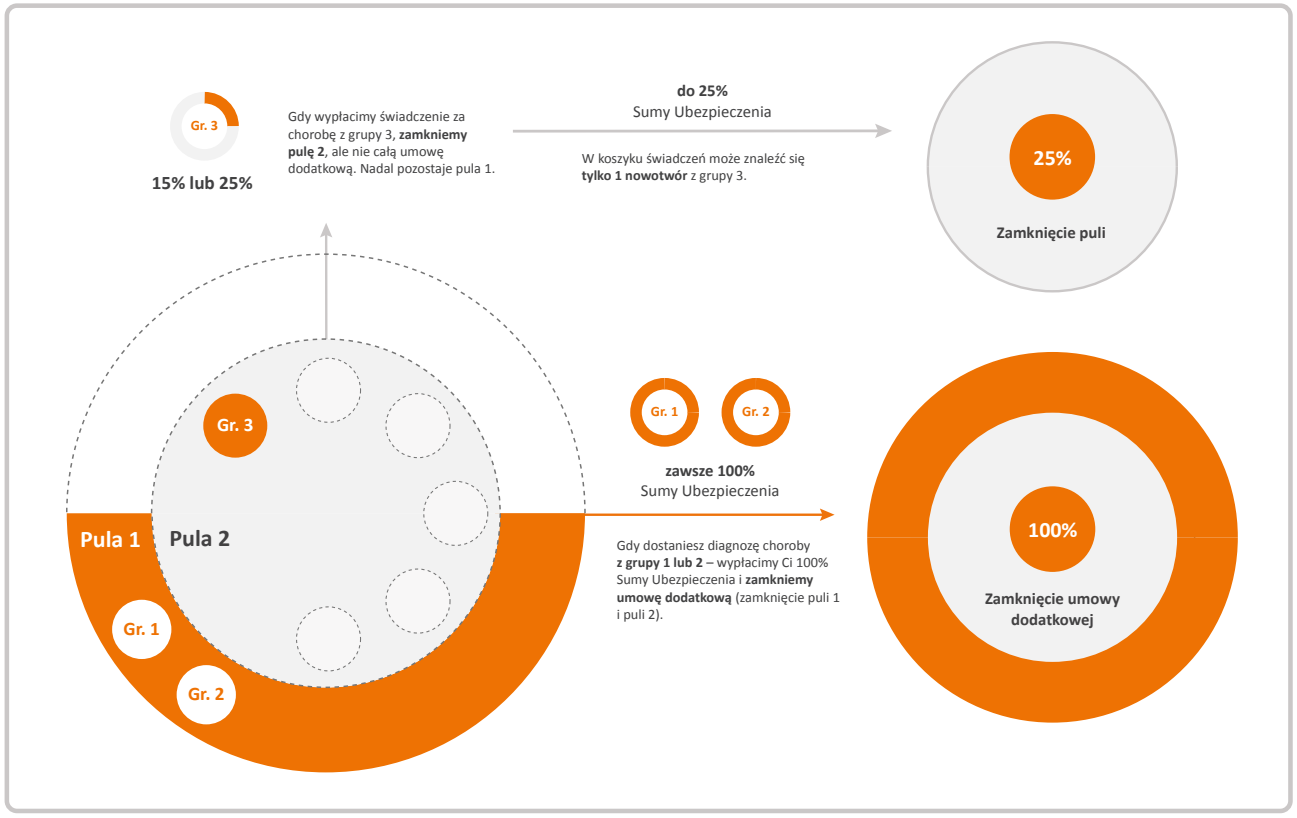
Po osiągnięciu powyższych poziomów (limitów) zamkniemy tylko pulę 2, ale wciąż możesz skorzystać z puli 1.

Wariant podstawowy

Dla wariantu podstawowego ubezpieczenia:

w puli 1 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe (Grupa 1),
- Nowotwory łagodne mózgu [operacyjne] (Grupa 2),

w puli 2 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe [inne] (Grupa 3).



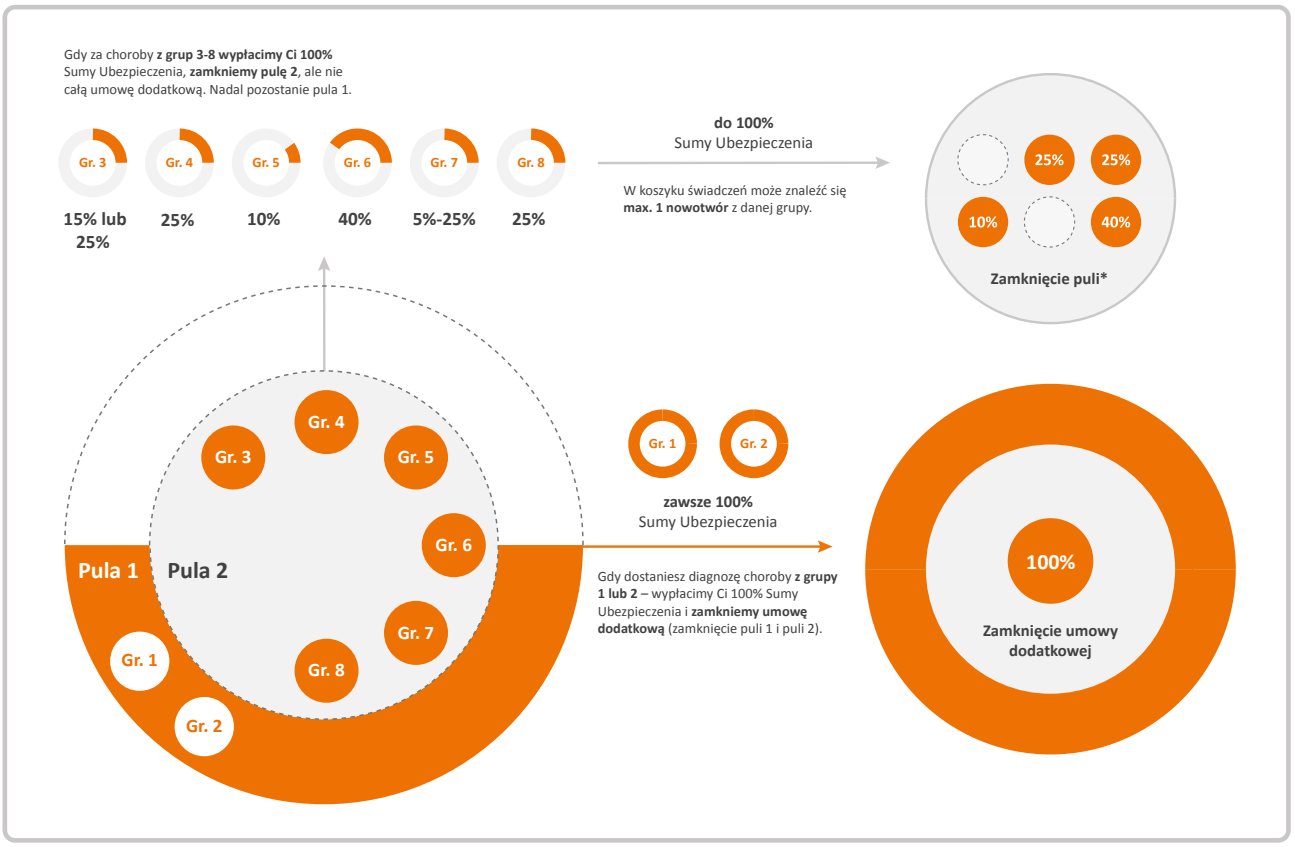
Grupa 1 – Nowotwory złośliwe
Grupa 2 – Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)
Grupa 3 – Nowotwory złośliwe (inne)

Wariant pełny

Dla wariantu pełnego ubezpieczenia:

w puli 1 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe (Grupa 1),
- Nowotwory łagodne mózgu [operacyjne] (Grupa 2),

w puli 2 znajdują się:
- Nowotwory złośliwe [inne] (Grupa 3),
- Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium [in situ] (Grupa 4),
- Nowotwory łagodne (Grupa 5),
- Nowotwory łagodne mózgu [nieoperacyjne] (Grupa 6),
- Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości [borderline] (Grupa 7),
- Nowotwory złośliwe [krwi] (Grupa 8).



* zamknięcie puli 2, gdyż klient otrzymał łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia.

Grupa 1 – Nowotwory złośliwe
Grupa 2 – Nowotwory łagodne mózgu (operacyjne)
Grupa 3 – Nowotwory złośliwe (inne)
Grupa 4 – Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium (in situ)
Grupa 5 – Nowotwory łagodne
Grupa 6 – Nowotwory łagodne mózgu (nieoperacyjne)
Grupa 7 – Nowotwory o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline)
Grupa 8 – Nowotwory złośliwe (krwi)

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne

ANEKS/AP12/1/2022

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1 Zadzwoń do Centrum Alarmowego Partnera medycznego pod numer
+48 (22) 203 79 24

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne nr ANEKS/AP12/1/2022

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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne

nr ANEKS/AP12/1/2022 (dalej: Aneks)

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych:
   a) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona" (kod: CW, CS lub CG),
   b) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On" (kod: CM, CA lub CF),
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to jedną z wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1. **„Aneks"** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodami AP12 lub AP14, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2. **„Warunki standardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
3. **„Warunki niestandardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Właścicielem polisy.
4. **„Centrum Alarmowe Partnera medycznego"** – wyodrębniona jednostka w ramach struktury Partnera medycznego czynna całodobowo, siedem dni w tygodniu, do której zobowiązany jesteś zgłosić chęć skorzystania ze świadczeń opisanych w Aneksie pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24.**
5. **„Partner medyczny"** – Europ Assistance Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie.
6. **„Ośrodek referencyjny"** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej.
7. **„Lekarz"** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.
8. **„Lekarz konsultant"** – Lekarz wskazany przez Partnera medycznego.
9. **„Miejsce zamieszkania"** – adres faktycznego zamieszkania Ubezpieczonego na terenie RP podany przy zawarciu umowy/aneksu.
10. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe"** – wystąpienie objawów choroby lub czynników ryzyka, uzasadniające wykonanie Pre-Diagnozy.
11. **„Pre-Diagnoza"** – świadczenia ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Aneksie przyznawane przez Nationale-Nederlanden i realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego obejmujące następujące świadczenia:
    i. Tele-, lub wideokonsultacja medyczna ogólna,
    ii. Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej,
    iii. Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania,
    iv. Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka,
    v. Wizyta u lekarza specjalisty,
    vi. Badania diagnostyczne,
    vii. Badania genetyczne,
    viii. Infolinia medyczna,
    ix. Infolinia szpitalna.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pre-Diagnozę, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.

3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, że świadczenia z tytułu Pre-Diagnozy realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 4 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?

1. Pre-Diagnoza jest organizowana przez Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego i ma na celu diagnozę objawów chorobowych lub czynników ryzyka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe Pre-Diagnozy dostępne są na warunkach opisanych w Aneksie i są podzielone na dwie części:
   1) Część I, która ma na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego lub diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, w której skład wchodzą:
      a. **Ankieta medyczna Pre-diagnozy – ocena ryzyka zachorowania** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty ankiety medycznej, mającej na celu ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz konieczność i zasadność wykonania dalszych świadczeń Pre-Diagnozy. Jeżeli niemożliwe jest ustalenie zasadności dalszych świadczeń Partner medyczny organizuje tele- lub wideokonsultację medyczną ogólną oraz przygotuje Plan działań zapobiegawczych po wypełnieniu Aniety medycznej Pre-diagnozy.
      b. **Tele lub wideokonsultacje medyczne ogólne** – Nationale-Nederlanden organizuje Tele- lub wideokonsultacje medyczne dotyczące kwestii medycznych, które są realizowane na bieżąco przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7 w terminie 2 godzin od momentu zgłoszenia. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed Tele- lub wideokonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla lekarza specjalisty medycyny rodzinnej.
      c. **Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej** – jeżeli po Tele- lub wideokonsultacji z lekarzem specjalistą medycyny rodzinnej Ubezpieczony otrzymał zalecenie wizyty domowej lekarza, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza internisty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
      d. **Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka** – na życzenie Ubezpieczonego, po wykonaniu ankiety medycznej Pre-diagnozy, Partner Medyczny przygotowuje plan działań zapobiegawczych dla odpowiedniej grupy ryzyka, w której został zdiagnozowany Ubezpieczony.
   2) Część II, która ma na celu dalszą ocenę ryzyka zachorowania Ubezpieczonego oraz diagnozę objawów zgłaszanych przez Ubezpieczonego, jeżeli po wykonaniu Części I Pre-Diagnozy Lekarz Ośrodka Referencyjnego nie był w stanie potwierdzić diagnozy:
      a. **Badania diagnostyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań diagnostycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań diagnostycznych. Badania diagnostyczne mają na celu wczesne wykrycie choroby u Ubezpieczonego, nie posiadającego objawów choroby, ale znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania; Lista badań diagnostycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
      b. **Badania genetyczne** – jeżeli Lekarz konsultant Ośrodka Referencyjnego zaleci wykonanie badań genetycznych, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje i pokrywa koszty badań genetycznych. Badania genetyczne mają na celu wczesne zdiagnozowanie Ubezpieczonego, znajdującego się w grupie ryzyka zachorowania, oraz uprzedzenie rozwoju choroby nowotworowej; Lista badań genetycznych została wskazana w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
3. Świadczenia organizacyjno-informacyjne:
   a. **Wizyta u lekarza specjalisty** – na życzenie Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Alarmowego Partnera medycznego organizuje wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony.
   b. **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
      - czynników wpływających na rozwój nowotworów,
      - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu,
      - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów,
      - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyka nowotworów,
      - placówek opieki społecznej i hospicjów,
      - zasad występowania o opiekę hospicyjną,
      - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych, fundacjach onkologicznych,

- bazy danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
- bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
- bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitali prywatnych, szpitali najwyższego stopnia referencji oraz klinik Akademii Medycznych),
- bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
- bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- danego schorzenia, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- danego leku, jego (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- zasad zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
- grup wsparcia i telefonów zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
- uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- Instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroskopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

Udzielane informacje, o których mowa w lit b) powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

4. Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe Partnera medycznego na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
   a. dostępności szpitali prywatnych,
   b. zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
   c. danych teleadresowych poszczególnych szpitali,
   d. średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.
5. W celu skorzystania z Pre-Diagnozy powinieneś:
   a. skontaktować się z Partnerem medycznym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 24**;
   b. przy kontakcie z Partnerem medycznym podać następujące informacje:
      i. imię i nazwisko,
      ii. numer PESEL lub numer polisy Nationale-Nederlanden,
      iii. numer telefonu, pod którym Partner medyczny może się z Tobą skontaktować,
      iv. lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest potrzebna,
      v. inne informacje niezbędne pracownikowi Partnera medycznego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
6. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń w ramach Pre-Diagnozy decyduje Partner medyczny.
7. Centrum Alarmowe Partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym, w celu zgromadzenia pełnej historii zachorowania oraz dokumentacji medycznej. W przypadku gdy lekarz Centrum Alarmowego Partnera medycznego uzna, że zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego w związku z realizacją świadczenia z Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do wykonania usług Pre-Diagnozy. Za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną na piśmie upoważniony przez Nationale-Nederlanden lekarz z Centrum Alarmowego Partnera medycznego może wystąpić do placówek medycznych o udostępnienie niezbędnej dokumentacji medycznej.
8. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Nationale-Nederlanden lub Partnera medycznego nie będzie możliwe wykonanie świadczeń określonych w ust. 2-3 w terminie do 3 dni, po otrzymaniu przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Nationale-Nederlanden zwróci Ubezpieczonemu pokryte przez niego koszty wykonania tych świadczeń, do limitów wskazanych w niniejszym Aneksie. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej, do limitów określonych w art. 5.
9. W przypadku, o którym mowa w powyższym punkcie zgłoszenie o refundację kosztów świadczenia powinno zawierać:

a. numer rachunku bankowego, na który winna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
b. oryginały lub skany wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

10. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego refunduje koszt świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia i jego wysokość.

Art. 5 Jakie limity obowiązują w ramach Pre-Diagnozy?

1. Poszczególne rodzaje świadczeń są realizowane w ramach limitów wskazanych w poniższej tabeli:

Opcja	Limit na świadczenie w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego
Tele- lub wideokonsultacja medyczna ogólna	4 razy
Wizyta domowa lekarza jako zalecenie po telekonsultacji ogólnej	2 razy / nie więcej niż 500 zł za wizytę
Ankieta medyczna – ocena ryzyka zachorowania	1 raz
Plan działań zapobiegawczych dla grup ryzyka	1 raz
Organizacja wizyty lekarza specjalisty	Bez limitu
Organizacja badań diagnostycznych	1 raz / nie więcej niż 500 zł
Organizacja badań genetycznych	1 raz / nie więcej niż 1000 zł
Infolinia medyczna	Bez limitu
Infolinia szpitalna	Bez limitu

Wskazane w powyższej tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu ochrony udzielanej na podstawie Aneksu.

Art. 6 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Świadczenia opisane Aneksem nie zostaną realizowane:
   a) jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać z Pre-Diagnozy w związku z objawami, które nie miały miejsca w trakcie obowiązywania w stosunku do Ubezpieczonego Aneksu;
   b) w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;
   c) jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na Ubezpieczonego;
   d) w przypadku działań profilaktycznych, nie mających charakteru Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 7 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych niniejszym Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.
2. Wysokość Składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
   a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej On, Ona lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej On, Ona.

2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej On, Ona na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu lub z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej On, Ona.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 9 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie?

Jeżeli masz pytania lub wątpliwości dotyczące Pre-Diagnozy możesz je kierować bezpośrednio do Partnera medycznego na dedykowany numer telefonu: **+48 (22) 203 79 24** czynny całodobowo, przez siedem dni w tygodniu.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 11 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 61/2022 z dnia 18 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik nr 1 do OWU – Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych

Pakiet badań diagnostycznych w zależności od czynnika chorobowego:

a) poważne zachorowania (wraz z chorobami układu sercowo-naczyniowego):
1. **Zawał serca** – Profil lipidowy (z oznaczeniem cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, LDL, trójglicerydów, białko całkowite, CRP, glukoza, markery sercowe (troponina, kinaza keratynowa, CK-MB Mass, mioglobina), EKG, USG;
2. **Udar mózgu** – morfologia krwi, INR, APTT, glikemia, Na, mocznik, kreatynina, aminotransferaza wątrobowa, TK, RM, USG Doppler, arteriografia;
3. **Bypass** – morfologia krwi, oznaczenie grupy krwi, badanie ogólne moczu, RTG, EKG;
4. **Przeszczep narządów** – ustalane indywidualnie w zależności od przeszczepianego narządu;
5. **Niewydolność nerek** – morfologia krwi, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, przesączanie kłębuszkowe GFR, badanie ogólne moczu, K, Na, Ca, Mg, lipidogram, USG;
6. **Utrata wzroku** – MR mózgu i oczodołów;
7. **Utrata słuchu** – audiogram;
8. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – oznaczenie grupy krwi, morfologia krwi, badanie ogólne moczu;
9. **Operacja aorty** – oznaczenie grupy krwi, morfologia z płytkami krwi, APTT, INR, Na, K, glukoza, kreatynina, TSH, anty HBS, anty HCV, angio-TK, USG doppler, echo serca, RTG;
10. **Operacja zastawek serca** – oznaczenie grupy krwi, morfologia z płytkami krwi, APTT, INR, Na, K, glukoza, kreatynina, TSH, anty HBS, anty HCV, EKG, echo serca, koronografia, RTG;
11. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – białko całkowite, bilirubina, ASPAT, ALAT, GGTP, fosfataza zasadowa, antyHBS, HCV przeciwciała, ogólne badanie moczu, USG, TK, scyntygrafia;
12. **Utrata mowy** – nie dotyczy;
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – badanie gazometryczne krwi, morfologia, EKG, RTG;
14. **Stwardnienie rozsiane** – elektroforeza, RM, EEG;
15. **Niedokrwistość aplastyczna** – morfologia krwi;
16. **Choroba Alzheimera** – morfologia krwi, OB., lipidogram, glukoza, ASPAT, ALAT, mocznik, kwas moczowy, kreatynina;
17. **Śpiączka** –TK, RM, RTG;
18. **Choroba Parkinsona** – morfologia krwi, elektrolity, glukoza, TSH, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, witamina B12, TK, RM;
19. **Zakażenie wirusem HIV** – HIV;
20. **Zakażenie wirusem** – w zależności od typu wirusa;
21. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – CRP, OB., morfologia, TK;
22. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – RP, OB., morfologia, glukoza, TK;
23. **Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** –morfologia, CRP, ANA, ACA, SCL-70, OB., C3, C4, TK, echokardiografia, kapilaroskopia;
24. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba** – bioptat tkanki mózgowej, EEG, EK, RM;
25. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – morfologia, RTG, TK, RM;
26. **Choroba Leśniowskiego-Crohna** – OB., morfologia, CRP, Fe, PASCA, PANCA, amylaza, Ca, P, Mg, Zn, TK, enteroskopia, kolonoskopia;
27. **Ebola** – nie dotyczy;
28. **Słoniowacizna** – nie dotyczy;
29. **Wirusowe zapalenie mózgu** – morfologia, OB., CRP, TK, RM;
30. **Toczeń rumieniowaty układowy** – anty-dsdna, anty-sm, ob., CRP, proteinogram, C3, C4, morfologia, kreatynina, GFR, badanie ogólne moczu, RTG stawów, RM, USG;
31. **Dystrofia mięśniowa** – morfologia, CRP, OB.;
32. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – morfologia, ASPAT, ALAT, mocznik, elektrolity, ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy, Ca, F, Mg, endoskopia, kolonoskopia, sigmoidoskopia;
33. **Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;

b) Nowotwory złośliwe e (C00 – C97 wg ICD10):
1. **Mózg** – S-100, przeciwciała onkoneuronalne;
2. **Płuca** – NSE, Cyfra 21-1
3. **Skóra (czerniak)** – S-100
4. **Piersi** – CA 15-3, CA 72-4, BRCA 1;
5. **Wątroba** – CEA, AFP;

6. **Drogi żółciowe** – CA 19-9;
7. **Żołądek** – CEA, CA 19-9;
8. **Trzustka** – CA 19-9;
9. **Jelito grube i odbytnica** – CEA, CA 72-4, Septyna 9, kał krew utajona;
10. **Jajniki** – TPS, CA 125, CA 15-3, CA 72-4, HE4;
11. **Szyjka macicy** – TPS, cytologia, cytologia LBC;
12. **Prostata** – PAP, PSA, fPSA

Pakiet badań genetycznych w zależności od czynnika chorobowego:

a) poważne zachorowania (wraz z chorobami układu sercowo-naczyniowego):
1. **Zawał serca** – gen LRP8, gen CYP1A2, Gen ACE;
2. **Udar mózgu** – nie dotyczy;
3. **Bypass** – nie dotyczy;
4. **Przeszczep narządów** – nie dotyczy;
5. **Niewydolność nerek** – choroba Fabry'ego – GLA1, GLA2;
6. **Utrata wzroku** – zwyrodnienie plamki związane z wiekiem: AMD-1, AMD-2, jaskra pierwotna: JASK-1, JASK-2, zespół Lowe'a: OCRL-1, zespół Marfana: FBN1-1, FBN1-2;
7. **Utrata słuchu** – GJB-2;
8. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA) –** nie dotyczy;
9. **Operacja aorty** – nie dotyczy;
10. **Operacja zastawek serca** – nie dotyczy;
11. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – choroba Wilsona: WD-1, WD-2, WD-3, WD-NGS;
12. **Utrata mowy** – nie dotyczy;
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – nie dotyczy;
14. **Stwardnienie rozsiane** – nie dotyczy;
15. **Niedokrwistość aplastyczna** – nie dotyczy;
16. **Choroba Alzheimera** – APOE;
17. **Śpiączka** – nie dotyczy;
18. **Choroba Parkinsona** – PARK-1, PARK2-2
19. **Zakażenie wirusem HIV** – nie dotyczy;
20. **Zakażenie wirusem** – nie dotyczy;
21. **Ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;
22. **Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** – nie dotyczy;
23. **Choroba Creutzfeldta-Jacoba** – nie dotyczy;
24. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – nie dotyczy;
25. **Choroba Leśniowskiego-Crohna** – NOD2;
26. **Ebola** – nie dotyczy;
27. **Słoniowacizna** – nie dotyczy;
28. **Wirusowe zapalenie mózgu** – nie dotyczy;
29. **Toczeń rumieniowaty układowy** – nie dotyczy;
30. **Dystrofia mięśniowa** – DMD;
31. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – nie dotyczy;
32. **Postać mózgowa malarii z trwałymi deficytami neurologicznymi** – nie dotyczy;

b) Nowotwory złośliwe (C00 – C97 wg ICD10):
1. **Geny BRCA1 i BRCA2;**
2. **Gen CHEK2;**
3. **Gen NBN;**
4. **Gen HOXB13;**
5. **Gen CDKN2A;**
6. **Gen LMNA.**

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Onkolog

ANEKS/DC12/1/2022

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1 Zadzwoń na Infolinię medyczną pod numer
(58) 500 55 12
lub zaloguj się na stronie
www.tuzdrowie.pl

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Onkolog nr ANEKS/DC12/1/2022

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 2 , Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Onkolog

nr ANEKS/DC12/1/2022

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do następujących Umów dodatkowych.
   a) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona" (kod: CW, CS lub CG),
   b) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On" (kod: CM, CA lub CF),
2. Ilekroć w treści Aneksu mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to wymienione w ust. 1 Aneksu.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1) **„Aneks"** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej wymienionych w art. 1., oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodami DC12 lub DC14, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej.
2) **„Warunki standardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym.
3) **„Warunki niestandardowe"** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków, o których mowa w art. 1 ust. 1 ze zmianami wynikającymi z indywidualnych uzgodnień Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym.
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.
5) **„Usługa medyczna"** – porada lekarska, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarskie i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, wykonane w celu wykluczenia lub zdiagnozowania choroby nowotworowej, pozwalające na rozpoczęcie prawidłowego leczenia onkologicznego w jak najkrótszym czasie.
6) **„Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych"** –wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na rzecz Ubezpieczonego w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.
7) **„Katalog Świadczeń medycznych"** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.
8) **„Świadczenie medyczne"**– świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach niniejszego Programu zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej polegające na:
   a) organizacji i pokryciu kosztów wykonania Usługi medycznej – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarskich i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,

   albo
   b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenia pieniężnego) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczenia medycznego.
9) **„Konsultant medyczny"** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego.
10) **„Placówka medyczna"** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
11) **„Program zdrowotny"** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowany w całości przez Konsultanta medycznego służący wykluczeniu lub zdiagnozowaniu Choroby nowotworowej u Ubezpieczonego. Zakres Świadczeń medycznych dotyczy tylko procesu diagnostycznego.
12) **„Choroba nowotworowa"** – niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych czynnościowo komórek z naciekaniem zdrowych tkanek, charakteryzujący się atypią, wysokim indeksem mitotycznym, naciekaniem tkanek otaczających, dawaniem wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów.

13) **„Centrum Świadczeń medycznych”** – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17, – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
14) **„Portal Ubezpieczonego”** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl za pośrednictwem, której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji.
15) **„Infolinia medyczna”** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych.
16) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – następujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego, przez Lekarza, Choroby nowotworowej, uzasadniające realizację Świadczenia Medycznego wymienionego w Katalogu Świadczeń medycznych służącego postawieniu lub wykluczeniu rozpoznania choroby nowotworowej.

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej, w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje – dzień wskazany w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego o wstępnym rozpoznaniu lub podejrzeniu rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej.

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obowiązkiem Ubezpieczonego będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w uzgodnionym terminie może spowodować odmowę realizacji świadczenia.

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

1. W przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu będą przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.
3. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania Choroby nowotworowej:
   3.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
      a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
      b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie podejrzenia Choroby nowotworowej lub jej wstępne rozpoznanie,

      lub

      przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
   3.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Ubezpieczonym na podany we wniosku nr telefonu w celu:
      a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
      b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
      c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których Ubezpieczonych leczył się dotychczas lub
      d) przekazania informacji o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.

3.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego.
3.4. Decyzja o nieuznaniu roszczenia Ubezpieczonego wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczonym.
3.5. Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia opisane w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego Ubezpieczony może dokonać wyboru formy realizacji Świadczeń medycznych:
   a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
   b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych Ubezpieczony przekazuje do Centrum Świadczeń medycznych. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
2. Jeżeli Ubezpieczony realizuje Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej i umówił wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych oraz zrealizował ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów z tego tytułu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierze realizację w formie świadczenia pieniężnego może uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ubezpieczonego kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazane w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu danej Usługi medycznej.

Art. 7 Realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego.

1. W celu realizacji Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego, Ubezpieczony ma obowiązek przesłać do Centrum Świadczeń medycznych:
   a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku wykonaniem Świadczenia medycznego,
   b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia" sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl
   lub
   przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
2. W celu uzyskania świadczenia pieniężnego w trybie on-line w Placówce medycznej posiadającej dostęp do systemu przyznawania świadczeń on-line, konieczne jest podpisanie i zaakceptowanie przez Ubezpieczonego dokumentu „Druk otrzymania świadczenia" lub przekazanie otrzymanego kodu SMS.
3. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ubezpieczonego z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, potwierdzających uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
5. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia". Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego wypłaconych w okresie ochrony nie może przekroczyć 100 000 zł.
6. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 5 zostanie doręczona Ubezpieczonemu lub przekazana na piśmie listem poleconym,

na adres korespondencyjny Ubezpieczonego lub na podany we wniosku adres e-mail w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych Ubezpieczony powinien:
   a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
   b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
   c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
   d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
   e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
2. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
   a) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
   b) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
   c) rodzaj koniecznej pomocy;
   d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
   e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które jest następstwem Choroby rozpoznanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszego Aneksu. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa powyżej nie stosuje się jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszego Aneksu.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane przez Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w Art. 3 ust. 2, które zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
   b) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w Art. 3 ust. 2 wymagające wykonania:
   a) badań genetycznych;
   b) pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET);
   c) szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień (aktualny na dany rok Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych).
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia medyczne wykonane na zlecenie Ubezpieczonego bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę dodatkową.

Art. 11 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
   a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej Ona, On lub po zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej Ona, On.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na Warunkach standardowych oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Ona, On,
   c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 61/2022 z dnia 14 października 2022 r., wchodzi w życie z dniem 18 października 2022 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka podstawowa		
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty		
badanie moczu metodą paskową		6,00 zł
dożylny wlew kroplowy		35,00 zł
iniekcja domięśniowa		15,00 zł
iniekcja dożylna		25,00 zł
iniekcja podskórna		15,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)		35,00 zł
pobranie materiału do badania		5,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		10,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		2,00 zł
próba uczuleniowa na lek		15,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		15,00 zł
zdejmowanie szwów		15,00 zł
Opieka specjalistyczna – konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie		
Alergolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Angiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		85,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		70,00 zł
Chirurg onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Dermatolog – Wenerolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Diabetolog konsultacja lekarska		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Endokrynolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Gastroenterolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Ginekolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Ginekolog – Endokrynolog konsultacja lekarska		120,00 zł
Hematolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Hepatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Hipertensjolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Immunolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Lekarz chorób zakaźnych konsultacja lekarska		85,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		75,00 zł
Nefrolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		70,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		50,00 zł
Onkolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Ortopeda konsultacja lekarska		80,00 zł
Ortopeda – Traumatolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Proktolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Pulmonolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Reumatolog konsultacja lekarska		85,00 zł
Torakochirurg konsultacja lekarska		85,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		80,00 zł
Urolog – Androlog konsultacja lekarska		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Opieka specjalistyczna – zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		
Alergologia		
testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy	1 punkt	6,00 zł
	10 punktów	60,00 zł
	20 punktów	120,00 zł
	3 punkty	18,00 zł
	5 punktów	30,00 zł
testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny	1 punkt	6,00 zł
	10 punktów	60,00 zł
	20 punktów	120,00 zł
	3 punkty	18,00 zł
	5 punktów	30,00 zł
testy uczuleniowe płatkowe (skórne)	1 punkt	15,00 zł
	10 punktów	100,00 zł
	20 punktów	200,00 zł
odczulanie (bez kosztu leku przepisanego na receptę)		45,00 zł
Chirurgia		
iniekcja dostawowa		40,00 zł
leczenie owrzodzeń skórnych		60,00 zł
leczenie zastrzału powierzchniowego		60,00 zł
nacinanie i drenaż czyraka		60,00 zł
nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka		80,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		40,00 zł
punkcja stawów		35,00 zł
szycie rany		30,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		30,00 zł
wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		160,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		240,00 zł
założenie sączka		30,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego		80,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		50,00 zł
zdejmowanie szwów		30,00 zł
zmiana opatrunku		30,00 zł
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Dermatologia		
dermatoskopia		50,00 zł
kriochirurgia/ krioterapia		50,00 zł
laseroterapia zmian skórnych		180,00 zł
Ginekologia		
elektrokoagulacja szyjki macicy		120,00 zł
krioterapia nadżerek		120,00 zł
pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego		40,00 zł
Laryngologia (Otolaryngologia)		
koagulacja naczyń przegrody nosa		75,00 zł
donosowe podanie leku obkurczającego		10,00 zł
odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		30,00 zł
opatrunek uszny z lekiem		30,00 zł
pędzlowanie gardła, jamy ustnej		30,00 zł
płukanie uszu		30,00 zł
postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		75,00 zł
przedmuchiwanie trąbki słuchowej		75,00 zł
punkcja zatok		30,00 zł
usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		35,00 zł
założenie i usunięcie przedniej tamponady		120,00 zł
zdejmowanie szwów		30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Okulistyka		
adaptacja do ciemności		35,00 zł
badanie dna oka		5,00 zł
badanie lampą szczelinową		5,00 zł
badanie ostrości widzenia		5,00 zł
badanie pola widzenia (perymetria)		35,00 zł
badanie widzenia przestrzennego		35,00 zł
egzoftalometria		15,00 zł
gonioskopia		35,00 zł
iniekcja podspojówkowa		20,00 zł
komputerowe badanie wzroku		5,00 zł
płukanie dróg łzowych		20,00 zł
podanie leku do worka spojówkowego		20,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		5,00 zł
skiaskopia		35,00 zł
usunięcie ciała obcego z oka		30,00 zł
usuwanie gradówki		250,00 zł
Ortopedia		
blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
punkcja (zmiany urazowe)		35,00 zł
punkcja (zmiany zapalne)		35,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		50,00 zł
unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		40,00 zł
założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		80,00 zł
założenie opaski elastycznej i temblaka		30,00 zł
założenie szyny Kramera		30,00 zł
założenie szyny Zimmera		30,00 zł
założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)		30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
zmiana opatrunku		30,00 zł
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		30,00 zł
Patomorfologia		
badanie i ocena histopatologiczna bioptatu/wycinka	w ramach zabiegu zgodnego z wariantem ochrony	30,00 zł
Reumatologia		
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		40,00 zł
Urologia		
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		30,00 zł
płukanie pęcherza moczowego		30,00 zł
Opieka specjalistyczna – 2 konsultacje psychiatry i 2 konsultacje psychologa		
Psychiatra konsultacja lekarska		75,00 zł
Psycholog konsultacja		75,00 zł
Badania laboratoryjne		
Badania biochemiczne		
albumina		6,00 zł
alfa – 1 – antytrypsyna		45,00 zł
aminokwasy		30,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		6,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		6,00 zł
amylaza		6,00 zł
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		6,00 zł
apolipoproteina	apo A1	50,00 zł
apolipoproteina	apo B	50,00 zł
białko C – reaktywne (CRP)		6,00 zł
białko całkowite		6,00 zł
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		25,00 zł
bilirubina bezpośrednia		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
bilirubina całkowita		6,00 zł
bilirubina pośrednia		6,00 zł
ceruloplazmina		25,00 zł
chlorki		6,00 zł
cholesterol		6,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	6,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	6,00 zł
cholesterol LDL		6,00 zł
cholinesteraza	krwinkowa	30,00 zł
cholinesteraza	wątrobowa	30,00 zł
cyjanokobalamina (witamina B12)		20,00 zł
cynk (Zn)		20,00 zł
cystyna/homocystyna		35,00 zł
czynnik reumatoidalny (RF)		10,00 zł
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		10,00 zł
digoksyna		14,00 zł
ferrytyna		20,00 zł
fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		6,00 zł
fosfor		6,00 zł
fosforan nieorganiczny		6,00 zł
fosfotaza alkaliczna (ALP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		10,00 zł
fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP)		10,00 zł
GGTP- gamma glutamylotransferaza		10,00 zł
glukoza	20 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	60 min. posiłku	6,00 zł
glukoza	na czczo	6,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 1 godzinie	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 2 godzinach	20,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 4 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 5 godzinach	20,00 zł
glukoza z obciążeniem	na czczo	20,00 zł
homocysteina		35,00 zł
jonogram (Na, K)		5,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		6,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		10,00 zł
klirens endogennej kreatyniny		10,00 zł
kreatynina		6,00 zł
kwas foliowy		20,00 zł
kwas homowanilinowy (HVA)		35,00 zł
kwas moczowy		6,00 zł
kwas walproinowy		28,00 zł
kwasy żółciowe		50,00 zł
lipaza		12,00 zł
lipidogram		24,00 zł
magnez		6,00 zł
methemoglobina		30,00 zł
mioglobina		28,00 zł
mocznik, azot mocznikowy(pozabiałkowy), BUN		6,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		10,00 zł
ołów (Pb)		55,00 zł
peptyd natriuretyczny (BNP)		35,00 zł
peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		35,00 zł
potas (K)		6,00 zł
próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		32,00 zł
seromukoid		12,00 zł
sód (Na)		6,00 zł
transferyna		10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
triglicerydyt (trójglicerydy)		6,00 zł
troponina ilościowo		15,00 zł
troponiny I/T		15,00 zł
tyreoglobulina		30,00 zł
tyrozyna		35,00 zł
USR (VDRL)		10,00 zł
wapń całkowity		6,00 zł
witamina D – metabolit 1,25(OH)		70,00 zł
witamina D – metabolit 25(OH)		70,00 zł
żelazo		6,00 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		10,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	120 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	180 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	300 min po obciążeniu	18,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	60 min po obciążeniu	18,00 zł
Badania hematologiczne		
antytrombina III (AT III)		45,00 zł
bezpośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (BTA)		20,00 zł
białko C		45,00 zł
białko S wolne		45,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		9,00 zł
czas krwawienia		9,00 zł
czas krzepnięcia		9,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		45,00 zł
czas trombinowy (TT)		9,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	II – protrombina,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	IX – czynnik antyhemofilowy B	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
czynniki układu krzepnięcia	V – proakceleryna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VII – prokonwertyna,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	X – czynnik Stuarta – Prowera,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XI – czynnik antyhemofilowy C	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XII – czynnik Hagemana,	45,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	45,00 zł
D-dimery		35,00 zł
eozynofilia bezwzględna		6,00 zł
fibrynogen		10,00 zł
haptoglobulina		30,00 zł
hemoglobina wolna		6,00 zł
hemolizyny		20,00 zł
inhibitor składnika C1 dopełniacza		45,00 zł
inhibitory krzepnięcia		35,00 zł
komórki LE		17,00 zł
leukocyty		6,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		9,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)		12,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		6,00 zł
osmolarność krwi		25,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu AB0 i Rh		30,00 zł
plazminogen		10,00 zł
płytki krwi		6,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		20,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		35,00 zł
retikulocyty		6,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Badania moczu		
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		30,00 zł
albuminy w moczu		6,00 zł
amylaza w moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu		6,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		6,00 zł
białko Bence'a-Jonesa w moczu		50,00 zł
bilirubina w moczu		6,00 zł
chlorki w moczu		6,00 zł
ciała ketonowe w moczu		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		3,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		30,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		6,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		40,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) -17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		40,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		6,00 zł
glukoza/cukier w moczu		3,00 zł
hemoglobina wolna w moczu		15,00 zł
Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		80,00 zł
kadm w moczu		80,00 zł
katecholaminy w moczu		30,00 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		20,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
koproporfiryny w moczu		40,00 zł
kortyzol w moczu		30,00 zł
kreatynina w moczu		6,00 zł
kwas delta-aminolewulinowy w moczu		50,00 zł
kwas moczowy w moczu		6,00 zł
kwas wanilinomigdałowy w moczu		50,00 zł
liczba Addisa w moczu		10,00 zł
łańcuchy lekkie kappa w moczu		50,00 zł
łańcuchy lekkie lambda w moczu		50,00 zł
magnez w moczu		6,00 zł
metoksykatecholaminy w moczu		50,00 zł
miedź w moczu		45,00 zł
mikroalbuminuria		6,00 zł
mocznik w moczu		6,00 zł
noradrenalina/adrenalina w moczu		30,00 zł
ołów w dobowej zbiórce moczu		45,00 zł
osmolarność moczu		10,00 zł
potas w moczu		6,00 zł
rtęć (Hg) w moczu		50,00 zł
skład chemiczny kamienia nerkowego		50,00 zł
sód w moczu		6,00 zł
test ciążowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		15,00 zł
wapń całkowity w moczu		6,00 zł
Badania kału		
badanie ogólne kału		12,00 zł
badanie kału na obecność lamblii		20,00 zł
badanie kału w kierunku jaj pasożytów		20,00 zł
badanie kału w kierunku owsików		12,00 zł
badanie kału w kierunku rotawirus/adenowirusy		28,00 zł

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

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
trijodotyronina wolna (FT3)		18,00 zł
tyroksyna całkowita (TT4)		18,00 zł
tyroksyna wolna (FT4)		18,00 zł
Markery nowotworowe		
alfa – fetoproteina (AFP)		30,00 zł
antygen CA 125 (CA 125)		32,00 zł
antygen CA 15-3 (CA15-3)		32,00 zł
antygen CA 19-9 (CA 19-9)		32,00 zł
antygen karcynoembrionalny (CEA)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)		32,00 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)		45,00 zł
badanie typu immunoassay w kierunku antygenu guza		32,00 zł
beta-2-mikroglobulina (b2-M)		30,00 zł
Badania mikrobiologiczne		
antybiogram		20,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	krew	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z jamy ustnej	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosa	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z odbytu	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	35,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	35,00 zł

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z migdałka	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosa	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z nosogardła	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z oka		28,00 zł
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z rany	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz z ucha	posiew tlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy	28,00 zł
wymaz ze zmian skórnych	posiew tlenowy	28,00 zł
Badania serologiczne		
aglutynacja cząstek		20,00 zł
antygen Hbe		20,00 zł
antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs – HBsAg)		20,00 zł
antykoagulant toczniowy (LA)		55,00 zł
badanie w kierunku rotawirusów		28,00 zł
przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)		55,00 zł
przeciwciała p .transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p .transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA		28,00 zł
przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. bakteryjne		28,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgG		55,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgM		55,00 zł
przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb.nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczane met. Western Blot	28,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczanie met. ELISA	28,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgG		40,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgM		40,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA		55,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM		28,00 zł
przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)		28,00 zł
przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)		55,00 zł
przeciwciała p. DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)		55,00 zł
przeciwciała p. dsDNA met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgA – EmA IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgG – EmA IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA		55,00 zł
przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleoza, EBV) IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleoza, EBV) IgM		28,00 zł
przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgG		55,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgM		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA		55,00 zł
przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		55,00 zł
przeciwciała p. HAV	frakcja IgM	28,00 zł
przeciwciała p. HAV	poziom całkowity	28,00 zł
przeciwciała p. HBc (całkowite)		28,00 zł
przeciwciała p. Hbe (anty – Hbe)		28,00 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		28,00 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		28,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori		28,00 zł
przeciwciała p. heterofilne		28,00 zł
przeciwciała p. HIV1/HIV2		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		28,00 zł
przeciwciała p. jądrowe i p.cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		55,00 zł

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
przeciwciała p. Shigella		28,00 zł
przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		55,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		28,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		28,00 zł
przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		28,00 zł
przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		55,00 zł
przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. tyreoglobulinie		28,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		55,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		55,00 zł
przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnątrzwydzielniczym trzust. I kom. Kubkowatym jelit met. IIF		55,00 zł
przeciwciała p. Yersinia		28,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF		55,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID		55,00 zł
SLE – półilościowo		55,00 zł
Diagnostyka cukrzycy		
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB)		20,00 zł
insulina		22,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
insulina po obciążeniu	na czczo	50,00 zł
	po 120 min	50,00 zł
	po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	50,00 zł
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	50,00 zł
peptyd C		25,00 zł
Badania immunologiczne		
Immunoglobuliny (IgA)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgG)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgM)		22,00 zł
Immunoglobuliny (IgE)	E całkowite	22,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Acarus Siro D70 (w kurzu)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Alternaria Tenuis M6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Amoksycyklina C204	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Aspergillus Fumigatus M3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Babka lancetowata W9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Banan F92	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Białko jaja F1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Brzoza Brodawkowata T3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Bylica Pospolita W6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Candida Albicans M5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cebula F48	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chironimus Plumosus 173	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłoć pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Cladosporium Herbarum M2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Czekolada F105	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Dorsz F3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drożdże browarnicze F403	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Fasola F15	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Glista ludzka P1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gluten (Gliadyna) F79	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Groch F12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gruszka F94	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Gryka F11	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Indyk F284	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jabłko F49	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Osy Vespula sp.I3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Pszczoły I1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jad Szerszenia Europejskiego I5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jagnię (baranina) F88	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jajko całe F245	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Jęczmień F6	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kakao F93	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Karaluch – Prusak I6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kawa F221	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kazeina F78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kiwi F84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komar I71	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Komosa Biała W10	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Koperek 277	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kostrzewa Łąkowa G4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Krupówka Pospolita G3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kukurydza F8	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurczak F83	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Kurz – mieszanka (Bencard)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lateks K82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Lepidoglyphus Destructor D71	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Leszczyna Pospolita T4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Marchew F31	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), małż jadalny (F37), tuńczyk (F40)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1),Cladosporium herbarum(M2), Aspergillus fumigatus(M3), Candida ablicans (M5)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mleko Krowie F2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Mucor Racemosus M4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Musztarda F89	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek chomika E84	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek królika E82	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek owcy E81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Naskórek świnki morskiej E6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Odchody gołębia E7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ogórek F244	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Olcha T2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech laskowy F17	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech włoski F256	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Orzech ziemny F13	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Owies F7	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel alergenów oddechowych	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel mieszany	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Panel pokarmowy	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Penicilium Notatum M1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pieprz czarny F280	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze (pióra gęsi) E70	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pietruszka F86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kaczki E86	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra kanarka E201	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pióra papużki falistej E78	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomarańcza F33	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pomidor F25	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pszenica F4	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Pyłki żyta G12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermathopag Pteronys. D1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Roztocze Dermathophag Farinae D2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ryż F9	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Seler F85	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ser cheddar F81	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść konia E3	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść kota E1	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Sierść psa E2	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Soja F14	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Topola T14	10,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina)	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Truskawka F44	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tuńczyk F40	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tymotka Łąkowa G6	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Tyrophagus Putescentiae	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wieprzowina F26	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wierzba T12	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Wołowina F27	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Ziemniak F35	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żółtko jaja F75	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (1 alergen)	IgE sp. Żyto F5	10,00 zł
testy uczuleniowe z krwi (panel)	inne	130,00 zł
Inne badania		
gazometria podstawowa (pH, pCO2, pO2)		20,00 zł
Badania radiologiczne (RTG)		
densytometria	kości udowej	55,00 zł
densytometria	kręgosłup lędźwiowy	55,00 zł
densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	55,00 zł
mammografia	celowane	75,00 zł
mammografia	ogólne	75,00 zł
RTG celowane siodełka tureckiego		40,00 zł
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	40,00 zł

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

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

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

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	40,00 zł
RTG skrzydełkowe zęba		40,00 zł
RTG stawów biodrowych	dzieci	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja AP – dorośli	40,00 zł
RTG stawów biodrowych	projekcja osiowa – dorośli	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP + skośna	40,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja skośna	40,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawów skokowych	projekcja bok	40,00 zł
RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu barkowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	porównawcze obu stawów	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja AP + bok	40,00 zł
RTG stawu łokciowego	projekcja osiowa	40,00 zł
RTG stawu mostkowo-obojczykowego		40,00 zł
RTG stóp	celowane na kości śródstopia	40,00 zł
RTG stóp	celowane na palce	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę boczne	40,00 zł
RTG stóp	celowane na piętę osiowe	40,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP	40,00 zł
RTG stóp	projekcja AP + bok	40,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RTG stóp	projekcja AP + bok + skos	40,00 zł
RTG stóp	projekcja bok	40,00 zł
RTG ścięgna Achillesa		40,00 zł
RTG ślinianki		40,00 zł
RTG śródpiersia		40,00 zł
RTG twarzoczaszki		40,00 zł
RTG uszu		40,00 zł
RTG zatok		40,00 zł
RTG zgryzowe		40,00 zł
RTG żeber	projekcja AP	40,00 zł
RTG żeber	projekcja bok	40,00 zł
RTG żeber	projekcja skośna	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja AP	40,00 zł
RTG żuchwy	projekcja skośna	40,00 zł
urografia		120,00 zł
Badania czynnościowe		
Narząd słuchu		
audiometria impedancyjna		30,00 zł
audiometria tonalna		30,00 zł
Układ krążenia		
EKG spoczynkowe bez opisu		20,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		20,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		65,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		80,00 zł
echokardiografia (ECHO)		80,00 zł
EKG wysiłkowe		80,00 zł
Holter EKG „event”		80,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Układ oddechowy		
spirometria	standardowa bez leku	30,00 zł
spirometria	z podaniem leku rozkurczowego	30,00 zł
Narząd wzroku		
badanie GDX		30,00 zł
Układ moczowy		
uroflowmetria		40,00 zł
Układ nerwowy		
EEG – elektroencefalografia	w czuwaniu	60,00 zł
EMG – elektromiografia	zespół cieśni nadgarstka	120,00 zł
EMG – elektromiografia	badanie ilościowe mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	choroba neuronu ruchowego	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nerw twarzowy	120,00 zł
EMG – elektromiografia	nieurazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	ocena czynności spoczynkowej mięśnia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	polineuropatia / miopatia	120,00 zł
EMG – elektromiografia	pourazowe uszkodzenie nerwu	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba ischemiczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	próba miasteniczna	120,00 zł
EMG – elektromiografia	uszkodzenie splotu	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw czuciowy	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)	80,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (krótkie odcinki)	80,00 zł
ENG – elektronystagmografia		80,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)		
USG		
USG dołów podkolanowych		60,00 zł
USG gałek ocznych i oczodołów		60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		60,00 zł
USG jądra i najądrza		60,00 zł
USG krtani		60,00 zł
USG mięśni		60,00 zł
USG nadgarstka		60,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		60,00 zł
USG oka		110,00 zł
USG palca		60,00 zł
USG pęcherz moczowy		60,00 zł
USG piersi		60,00 zł
USG prostaty (transrektalne)		60,00 zł
USG prostaty przez powłoki brzuszne		60,00 zł
USG ręki		60,00 zł
USG staw barkowy		60,00 zł
USG staw biodrowy		60,00 zł
USG staw kolanowy		60,00 zł
USG stawu łokciowego		60,00 zł
USG stawu skokowego		60,00 zł
USG stopy		60,00 zł
USG ścięgna Achillesa		60,00 zł
USG ślinianek		60,00 zł
USG tarczycy		60,00 zł
USG tętnic wewnątrzczaszkowych		60,00 zł
USG tkanek miękkich		60,00 zł
USG tkanki podskórnej		60,00 zł
USG transwaginalne (USG TV)		60,00 zł
USG węzłów chłonnych		60,00 zł
USG więzadeł		60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
USG Dopplerowskie		
USG – Doppler naczynia żylne i tętnicze kk. dolnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żylne i tętnicze kk. dolnych	naczynia żylne	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żylne i tętnicze kk. górnych	naczynia tętnicze	80,00 zł
USG – Doppler naczynia żylne i tętnicze kk. górnych	naczynia żylne	80,00 zł
USG – Doppler naczyń szyi		80,00 zł
USG – Doppler naczyń układu wrotnego		80,00 zł
USG – Doppler pnia trzewnego		80,00 zł
USG – Doppler tętnice nerkowe		80,00 zł
USG – Doppler żyły głównej dolnej i biodrowych		80,00 zł
Biopsje cienkoigłowe pod kontrolą USG		
prostaty z badaniem hist – pat		110,00 zł
węzłów chłonnych z badaniem hist – pat		110,00 zł
zmiany chorobowej z badaniem hist – pat		110,00 zł
piersi zbadaniem hist – pat		110,00 zł
tarczycy z badaniem hist-pat		100,00 zł
Badania endoskopowe		
anoskopia		70,00 zł
anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		90,00 zł
bronchoskopia		350,00 zł
bronchoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		380,00 zł
bronchoskopia z udrażnianiem światła oskrzeli (usuniecie cała obcego)		380,00 zł
gastroskopia		110,00 zł
gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat i testem H.pylori		140,00 zł
gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat.		130,00 zł
gastroskopia z testem H.pylori		120,00 zł
kolonoskopia bez znieczulenia		250,00 zł
kolonoskopia bez znieczulenia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	280,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
kolonoskopia ze znieczuleniem		350,00 zł
kolonoskopia ze znieczuleniem z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	380,00 zł
kolposkopia		80,00 zł
kolposkopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		100,00 zł
rektoskopia		80,00 zł
rektoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		100,00 zł
sigmoidoskopia		110,00 zł
sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów	130,00 zł
znieczulenie ogólne do badania endoskopowego		200,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)		
OCT oczu		150,00 zł
OCT oka		100,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żylne i zatoki mózgu	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	230,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		180,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		230,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/ krzyżowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/ krzyżowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		250,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		190,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		250,00 zł

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

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

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

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		300,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		350,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		300,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		350,00 zł
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		350,00 zł
RM angiografia tętnic nerkowych		400,00 zł
RM artrografia nadgarstka		400,00 zł
RM artrografia stawu barkowego		400,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		400,00 zł
RM artrografia stawu łokciowego		400,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		400,00 zł
RM cholangiografia		400,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		300,00 zł
RM jama brzuszna z cholangiografią		400,00 zł
RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		350,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)		350,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	angiografia naczyń klatki piersiowej	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej	400,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności	400,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną przepływu krwi	400,00 zł
RM klatki piersiowej z kontrastem (bez RM Angio i badania serca)		400,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane stopa	300,00 zł
RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane udo	300,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	cała kończyna	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane stopa	350,00 zł
RM kończyny dolne z kontrastem	celowane udo	350,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne bez kontrastu	celowane ręka	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	cała kończyna	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ramię	300,00 zł
RM kończyny górne z kontrastem	celowane ręka	300,00 zł
RM mammografia		400,00 zł
RM miednicy mniejszej bez kontrastu		300,00 zł
RM miednicy mniejszej z kontrastem		350,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		350,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		350,00 zł
RM oczodołów bez kontrastu		300,00 zł
RM oczodołów z kontrastem		350,00 zł
RM przysadki mózgowej z kontrastem		350,00 zł
RM stawów biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów kolanowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów kolanowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawów skokowych bez kontrastu		300,00 zł
RM stawów skokowych z kontrastem		350,00 zł
RM stawu barkowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu barkowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu łokciowego bez kontrastu		350,00 zł
RM stawu łokciowego z kontrastem		350,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		300,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		300,00 zł
RM struktur mózgowia + angiografia		350,00 zł
RM szyi bez kontrastu		300,00 zł
RM szyi z kontrastem		350,00 zł
RM śródpiersia bez kontrastu		300,00 zł
RM śródpiersia z kontrastem		350,00 zł
RM twarzoczaszka bez kontrastu		300,00 zł
RM twarzoczaszka z kontrastem		350,00 zł
RM urografia		400,00 zł
RM zatok bez kontrastu		300,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	SU Świadczeń medycznych (w zł)
RM zatok z kontrastem		350,00 zł
Wizyty domowe		
24h lekarskie wizyty wyjazdowe		
lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 8.00 do 20.00	125,00 zł
lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 20.00 do 8.00	150,00 zł
lekarska wizyta domowa	sobota, niedziele, święta od 8.00 do 20.00	175,00 zł
lekarska wizyta domowa	sobota, niedziele, święta od 20.00 do 8.00	225,00 zł
24 h wyjazdowa opieka pielęgniarska		
pielęgniarska wizyta domowa	badanie moczu metodą paskową	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	dożylny wlew kroplowy	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja domięśniowa	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja dożylna	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	iniekcja podskórna	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	pomiar ciśnienia tętniczego	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	założenie lub zmiana prostego opatrunku	40,00 zł
pielęgniarska wizyta domowa	zdejmowanie szwów	40,00 zł
Szczepienia ochronne		
Konsultacja kwalifikacyjna przed szczepieniem		30,00 zł
szczepienie przeciwko WZW typu B		100,00 zł

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie

OWU/CZ12/1/2024

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz, na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie nr OWU/CZ12/1/2024

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie

nr OWU/CZ12/1/2024

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Nieprzerwany okres ochrony** to okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich jej przedłużeń zgodnie z postanowieniami Warunków i Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
5. **Poważna choroba** to choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w Art. 3 i Załączniku nr 1 – Tabeli Definicji Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w Nieprzerwanym okresie ochrony.
6. **Dzień wystąpienia Poważnej choroby** to dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją Poważnej choroby zawartą w Załączniku nr 1 do Warunków Umowy dodatkowej. W przypadku zabiegów operacyjnych, wskazanych jako Poważna choroba objęta zakresem tej Umowy dodatkowej, dniem wystąpienia Poważnej choroby jest dzień przeprowadzenia tego zabiegu.
7. **Suma ubezpieczenia** to kwota wskazana w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić w razie Poważnej choroby. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.
8. **Świadczenie** to pieniądze, które Ci wypłacimy w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
10. **Umowa podstawowa** to Umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie, do której dokupowana jest Umowa dodatkowa.
11. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Poważna choroba.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 16. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, które miało miejsce w Nieprzerwanym okresie ochrony.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozszerza się wraz z Twoim wiekiem. Chronimy Cię od zdarzeń zgodnie z tabelą poniżej. Pierwsze rozszerzenie następuje w rocznicę polisy po ukończeniu 30 lat, a kolejne rozszerzenia w rocznice polisy po ukończeniu 50 i 60 lat. Ochrona z tytułu niepłodności trwa do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu gdy ukończysz 40 lat.

Lp.	Wiek klienta Poważna choroba	Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia	16+	30+	50+	60+
1	Nowotwór złośliwy	100%	✓	✓	✓	✓
2	Nowotwór mózgu (wszystkie stadia)	100%	✓	✓	✓	✓
3	Zawał serca	100%	✓	✓	✓	✓
4	Koronarografia	10%	✓	✓	✓	✓
5	Angioplastyka wieńcowa (PTCA)	100%	✓	✓	✓	✓
6	Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym	100%	✓	✓	✓	✓
7	Udar mózgu bez ubytków neurologicznych	50%	✓	✓	✓	✓
8	Przeszczep narządów	100%	✓	✓	✓	✓
9	Utrata wzroku	100%	✓	✓	✓	✓
10	Utrata słuchu	100%	✓	✓	✓	✓
11	Utrata wzroku w jednym oku	50%	✓	✓	✓	✓
12	Utrata słuchu w jednym uchu	50 %	✓	✓	✓	✓
13	Schyłkowa niewydolność nerek	100%	✓	✓	✓	✓
14	Stwardnienie rozsiane	100%	✓	✓	✓	✓
15	Masywny zator płucny	100%	✓	✓	✓	✓
16	Niepłodność	20%, ale nie więcej niż 15 000 zł.	✓	Do 40 roku życia	-	-
17	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)	100%	-	✓	✓	✓
18	Operacja aorty	100%	-	✓	✓	✓
19	Operacja zastawki serca (o określonym stopniu nasilenia)	100%	-	✓	✓	✓
20	Choroba Parkinsona	100%	-	-	✓	✓
21	Choroba Parkinsona – łagodniejsza postać	50%	-	-	✓	✓
22	Choroba Alzheimera	100%	-	-	✓	✓
23	Złamanie kości w wyniku osteoporozy	10%	-	-	✓	✓
24	Nietrzymanie moczu leczone operacyjne	25%	-	-	✓	✓
25	Stwardnienie zanikowe boczne (Choroba neuronu ruchowego)	100%	-	-	✓	✓
26	Jaskra leczona operacyjnie	25%	-	-	✓	✓

Lp.	Wiek klienta Poważna choroba	Świadczenie wyrażone w % Sumy ubezpieczenia	16+	30+	50+	60+
27	Choroby plamki żółtej	10%	-	-	✓	✓
28	Zaćma leczona operacyjnie	10%	-	-	✓	✓
29	Demencja starcza / Otępienie starcze	100%	-	-	-	✓
30	Całkowity niedowład	100%	-	-	-	✓
31	Schyłkowa niewydolność wątroby	100%	-	-	-	✓
32	Schyłkowa niewydolność oddechowa	100%	-	-	-	✓

Art. 4 Jaką kwotę Ci wypłacimy, jeśli zachorujesz?

1. Jeżeli w Nieprzerwanym okresie ochrony wystąpi u Ciebie Poważna choroba to wypłacimy Ci Świadczenie. Kwotę Świadczenia obliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia, jaka będzie obowiązywała w Dniu wystąpienia Poważnej choroby.
2. Jeśli w tym okresie wystąpi więcej niż jedna Poważna choroba, możesz otrzymać kilka Świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Wartość Świadczenia dla każdej Poważnej choroby znajduje się w tabeli w Art. 3. Wynosi ona odpowiednio 100%, 50%, 25%, 20% lub 10% Sumy ubezpieczenia. Wartość Świadczenia z tytułu Niepłodności nie przekroczy 15 000 zł. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Niepłodności w wysokości 15 000 zł, przeliczymy tę wartość na % Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zdarzenia. Zaokrąglimy go do dwóch miejsc po przecinku i o ten % pomniejszymy dostępny maksymalny łączny limit wypłaty Świadczenia o którym piszemy w ust. 5.
4. Jeżeli zachorujesz na Poważną chorobę wcześniej niż w wieku, który wskazaliśmy w tabeli w Art.3, wypłacimy Ci 25% Świadczenia przewidzianego dla tego zdarzenia. Dotyczy to Poważnych chorób, które wystąpią w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ustalenie naszej odpowiedzialności nastąpi z uwzględnieniem następujących zasad:
   a) z dniem wypłaty Świadczenia za daną Poważną chorobę, ochrona z tytułu tej Poważnej choroby wygasa,
   b) jeżeli Świadczenie zostanie wypłacone wcześniej niż wynika to z wieku wskazanego w tabeli w Art. 3, to ochrona z tytułu tej Poważnej choroby również wygasa,
   c) maksymalny łączny limit wypłaty Świadczeń za wszystkie Poważne choroby z kategorii kardiologicznej takie jak: Zawał serca, Udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, Udar mózgu bez ubytków neurologicznych, Koronarografia, Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), Masywny zator tętnicy płucnej, Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), Operacja aorty, Operacja zastawek serca, wynosi 100% Sumy ubezpieczenia,
   d) maksymalny łączny limit wypłaty Świadczenia wraz z wcześniej wypłaconymi Świadczeniami w Nieprzerwanym okresie ochrony, wynosi 300% Sumy ubezpieczenia.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. Jeżeli Poważna choroba:
   a) wystąpiła u Ciebie w czasie trwania tej Umowy dodatkowej i
   b) spełnia warunki określone w Warunkach Umowy dodatkowej oraz Załączniku nr 1,

   poinformuj nas o tym. Złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy od Ciebie potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość,
   Jeśli wniosek został złożony w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden, możemy zweryfikować tożsamość na podstawie mobilnego dokumentu mDowód.
   b) dokumentów medycznych, które potwierdzą zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, na przykład:
      i. karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      ii. dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
      iii. dokumentów medycznych, które potwierdzą, że wystąpiła u Ciebie Poważna choroba,
      iv. dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

Art. 6 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak dostaniemy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności w tym terminie.
   Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe.
3. Jeżeli na podstawie dokumentów, które nam dostarczysz, nie będziemy mogli ustalić czy zdarzenie jest objęte ochroną, skierujemy Cię na konsultacje lub badania lekarskie. Badania i konsultacje odbędą się placówkach medycznych, które wyznaczymy. Będą one na nasz koszt.
4. Decyzję o tym, czy wypłacimy Tobie Świadczenie, podejmiemy na podstawie dokumentów, które nam dostarczysz i na podstawie wyników konsultacji i badań lekarskich.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Poważna choroba jest następstwem:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   d) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienie układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Uwaga! W definicjach Poważnych chorób w Załączniku nr 1 opisaliśmy co jest, a co nie jest objęte ochroną w ramach Poważnych chorób. Zapoznaj się z tymi definicjami. To ważne.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. Jeśli dokupujesz Umowę dodatkową, to ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu rozpocznie się pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.
4. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić Ciebie o:
   a) informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.
   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
7. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy. W tym celu prześlemy mu Dokument ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na 1 rok lub
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy podstawowej następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, jeśli zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, na których została zawarta.
3. Jeżeli Umowę dodatkową zawarliśmy na warunkach szczególnych, to przedłużymy ją z uwzględnieniem tych warunków.
4. Umowę dodatkową przedłużymy z zachowaniem warunków dotyczących wypłaty Świadczeń w Nieprzerwanym okresie ochrony. Oznacza to, że jeśli w Nieprzerwanym okresie ochrony wystąpiła u Ciebie Poważna choroba, za którą wypłaciliśmy Ci Świadczenie, to zakres ochrony po przedłużeniu Umowy dodatkowej opisany w art. 3 będzie to uwzględniał.
5. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi gdy ukończysz 75 lat, został mniej niż 1 rok, nie przedłużymy tej umowy na kolejny okres.
6. Umowa dodatkowa nie przedłuży się, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
   d) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z dotychczas wypłaconymi w Nieprzerwanym okresie ochrony Świadczeniami osiągnie poziom 300% Sumy ubezpieczenia. Limit ten dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych z tytułu tej Umowy dodatkowej w okresie, na jaki została zawarta,
   e) z dniem rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek. Wysokość Składki obliczamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy, Twojego wieku oraz należnych zniżek.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) stan Twojego zdrowia,
   b) historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Sumę ubezpieczenia możemy zmienić na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Sumę ubezpieczenia możemy obniżyć przy przedłużaniu Umowy dodatkowej.
3. Zmienimy Sumę ubezpieczenia pod warunkiem, że zachowana zostanie minimalna Składka ochronna oraz limity wskazane w Tabeli Limitów i Opłat.
4. Sumę Ubezpieczenia możemy podwyższyć w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy poprosić Ciebie o:
   a) informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.
7. Nie można podwyższyć Sumy ubezpieczenia po wystąpieniu Poważnej choroby.
8. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
9. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
10. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, których nie regulują Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej, stosujemy odpowiednie postanowienia z Warunków Umowy podstawowej.
2. W tym dokumencie znajdziesz słowa, które zapisaliśmy wielką literą, a których nie zdefiniowaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W takich przypadkach mają one znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 15 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2024 z 3 września 2024 r. Obowiązują one od 7 października 2024 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie nr OWU/CZ12/1/2024

Definicje Poważnych chorób objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej

1	**Nowotwór złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: • rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe • czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer) • rak podstawnokomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, • rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0, • rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0, nowotwór mózgu (wszystkie stadia).
2	**Nowotwór mózgu: (wszystkie stadia):** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
3	**Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na: znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników: • objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej, • wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca, • nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
4	**Koronarografia** – pierwszorazowa angiografia tętnic wieńcowych. Badanie polegające na podaniu do tętnic wieńcowych kontrastu, umożliwiającego uwidocznienie ich za pomocą promieniowania rentgenowskiego.
5	**Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszorazowy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu.
6	**Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, które spowodowało powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Wystąpienie udaru mózgu musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Powyższa definicja nie obejmuje: • Przejściowego ataku niedokrwiennego (TIA); • Udaru z powodu wypadku lub urazu; • Bezobjawowego niemego udaru stwierdzonego podczas badań obrazowych.

7	**Udar mózgu bez ubytków neurologicznych:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, które nie spowodowało trwałych ubytków neurologicznych. Wystąpienie udaru mózgu musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Powyższa definicja nie obejmuje: • Przejściowego ataku niedokrwiennego (TIA); • Udaru z powodu wypadku lub urazu.
8	**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.
9	**Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że skorygowana ostrość wzroku oka lepiej widzącego jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20 stopni w każdym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
10	**Utrata słuchu:** całkowita, stała i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
11	**Utrata wzroku w jednym oku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że jego skorygowana ostrość wzroku jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20 stopni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
12	**Utrata słuchu w jednym uchu:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, co oznacza, że średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym oraz przypadków, gdy utrata słuchu jest skutkiem udaru mózgu , za który zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe.
13	**Schyłkowa niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki. Schyłkową niewydolność nerek potwierdza Lekarz nefrolog. Poważnym Zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii.
14	**Stwardnienie rozsiane:** choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza neurologa, rozpoznana na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda.
15	**Masywny zator tętnicy płucnej:** nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej leczone operacyjnie maksymalnie w ciągu 48 godzin od diagnozy.
16	**Niepłodność:** diagnoza niepłodności postawiona u Ubezpieczonego, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przez specjalistę oraz przeprowadzenie pierwszego zabiegu IVF (in vitro), niezależne od jego skuteczności i dalszych zabiegów.

17	**Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie 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.
18	**Operacja aorty:** operacja chirurgiczna tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności, rozwarstwienia lub uszkodzenia aorty wykonana drogą laparotomii, torakotomii, mikrochirurgii lub technik przezskórnych śródnaczyniowych w celu jej naprawy lub korekcji. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Zakres powyższej definicji nie obejmuje: • operacji przeprowadzanych na naczyniach obwodowych w tym między innymi operacji pomostowania aortalno-udowego; • przezskórnych śródnaczyniowych zabiegów z użyciem cewnika wykonywanych wyłącznie w celach diagnostycznych.
19	**Operacja zastawki serca (o określonym stopniu nasilenia):** przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.
20	**Choroba Parkinsona:** postępująca zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędne są: • jednoznacznie postawione rozpoznanie przez Lekarza neurologa oraz • określenie przez Lekarza niezdolności do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 6 miesięcy, przynajmniej dwóch z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub toksyny.
21	**Choroba Parkinsona** – łagodniejsza postać: Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona z potwierdzeniem występowania charakterystycznych objawów – spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy, z koniecznością stałej farmakoterapii.
22	**Choroba Alzheimera:** Choroba Alzheimera oznacza stany powodujące trwałe i poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera musi zostać postawione przez Lekarza neurologa. Diagnoza musi być potwierdzona wywiadem klinicznym, badaniami neuropoznawczymi oraz badaniami obrazowymi mózgu. W obrazie choroby musi występować postępujące pogorszenie pamięci i zdolności intelektualnych z ciężką dysfunkcją poznawczą, potwierdzoną wynikiem testu Mini-Mental Status Examination (MMSE) poniżej 10 z 30 lub równoważny temu wynik przy użyciu innego standaryzowanego i klinicznie akceptowanego testu funkcji poznawczych . Musi również nastąpić trwałe ograniczenie samodzielnego funkcjonowania Ubezpieczonego zarówno pod względem umysłowym jak i społecznym w stopniu wymagającym ciągłego nadzoru i pomocy innej osoby w czynnościach życia codziennego. Zakres powyższej definicji nie obejmuje: • łagodnych zaburzeń neuropoznawczych.
23	**Złamanie kości w wyniku osteoporozy:** diagnoza choroby szkieletu, która charakteryzuje się upośledzoną wytrzymałością kości. Do uznania świadczenia konieczne jest przebycie co najmniej jednego złamania kości w wyniku osteoporozy, co potwierdza dokumentacja medyczna.
24	**Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie:** nietrzymanie moczu wymagające przeprowadzenia pierwszorazowego leczenia operacyjnego.
25	**Stwardnienie zanikowe boczne:** choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. W jej przebiegu musi dojść do powstania trwałych deficytów neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez Lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania.
26	**Jaskra leczona operacyjnie:** jednoznaczna diagnoza choroby oka, wymagająca leczenia operacyjnego. Świadczenie przyznawane jest po wykonaniu zabiegu operacyjnego.

27	**Choroby plamki żółtej:** jednoznaczna diagnoza stanu chorobowego postawiona przez lekarza okulistę.
28	**Zaćma leczona operacyjnie:** jednoznaczna diagnoza choroby oka, wymagająca leczenia operacyjnego. Świadczenie przyznawane jest po wykonaniu zabiegu operacyjnego.
29	**Demencja starcza / otępienie starcze:** poważne zaburzenia neuropoznawcze oznaczające stany powodujące trwałe i poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Jednoznaczne rozpoznanie Demencji starczej / otępienia starczego musi zostać postawione przez Lekarza neurologa. Diagnoza musi być potwierdzona wywiadem klinicznym, badaniami neuropoznawczymi oraz badaniami obrazowymi mózgu. W obrazie choroby musi występować postępujące pogorszenie pamięci i zdolności intelektualnych z ciężką dysfunkcją poznawczą, potwierdzoną wynikiem testu Mini-Mental Status Examination (MMSE) poniżej 10 z 30 lub równoważny temu wynik przy użyciu innego standaryzowanego i klinicznie akceptowanego testu funkcji poznawczych . Musi również nastąpić trwałe ograniczenie samodzielnego funkcjonowania Ubezpieczonego zarówno pod względem umysłowym jak i społecznym w stopniu wymagającym ciągłego nadzoru i pomocy innej osoby w czynnościach życia codziennego. Zakres powyższej definicji nie obejmuje: • demencji spowodowanej chorobami psychicznymi lub nadużywaniem alkoholu lub używaniem środków odurzających; • łagodnych zaburzeń neuropoznawczych; • otępienia bezobjawowego identyfikowanego wyłącznie na podstawie wyników badań, neuroobrazowych i wszelkich innych biomarkerów obecnych w płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi, moczu lub innych płynach ustrojowych, przy braku jakichkolwiek objawów poznawczych lub behawioralnych.
30	**Całkowity niedowład:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub Chorobami psychicznymi.
31	**Schyłkowa niewydolność wątroby:** całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem co najmniej dwóch z poniższych objawów: • stałej żółtaczki; • wodobrzusza; • encefalopatii wątrobowej. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.
32	**Schyłkowa niewydolność oddechowa:** schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: • natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy, • pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii, • ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg (pO2 <= 55 mmHg), • duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób

OWU/LD12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz, na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób nr OWU/LD12/1/2025

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób

nr OWU/LD12/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Jakie są definicje innych pojęć?

1. **Diagnostyka** to świadczenia ambulatoryjne, czyli konsultacje lekarzy specjalistów, badania laboratoryjne i obrazowe, które wykonasz w Przychodniach. Konsultacje i badania są wsparciem dla Ciebie w procesie potwierdzenia lub wykluczenia wystąpienia Poważnej choroby. Definicje Poważnych chorób, w kierunku których możliwa jest Diagnostyka oraz wskazanie, na czym ona polega, określiliśmy w Załączniku nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Listę lekarzy specjalistów oraz badań wymieniliśmy w Załączniku nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
2. **Lekarz** to osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia do tego, aby wykonywać zawód lekarza zgodnie z przepisami prawa polskiego.
3. **LMG** to podmiot, który koordynuje udzielanie Świadczeń medycznych przez LUX MED. LMG zarejestrowane jest jako LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja. W Polsce działa on pod nazwą LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
4. **LUX MED** to podmiot, który działa na zlecenie LMG. LUX MED udziela Tobie Świadczeń medycznych w ramach Umowy dodatkowej. To z nim skontaktujesz się w sprawie tych Świadczeń. Zarejestrowany jest jako LUX MED Sp. z o.o. Siedziba LUX MED mieści się w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
5. **Nieprzerwany okres ochrony** to okres, w którym chronimy Cię z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich jej przedłużeń, zgodnie z postanowieniami Warunków i Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
6. **Poważna choroba** to choroba lub zabieg operacyjny, które wymieniamy w Art. 3 i Załączniku nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Tabeli Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem.
7. **Przychodnia** to podmiot leczniczy, który udziela Ci świadczeń ambulatoryjnych. Działa on na terenie Polski i zgodnie z prawem. Przychodnia realizuje Świadczenia medyczne, które opisaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Jest ona wskazana przez LUX MED.
8. **Świadczenie medyczne** to usługi z zakresu Diagnostyki, które są wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Zrealizujesz je w Przychodni, gdy dojdzie do Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. **Umowa dodatkowa** to „Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób". Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
10. **Umowa podstawowa** to Umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie, do której dokupowana jest Umowa dodatkowa.
11. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to podejrzenie wystąpienia Poważnej choroby, które jest potwierdzone skierowaniem na badania diagnostyczne lub na wizytę u lekarza specjalisty.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 16. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które wystąpiło w Nieprzerwanym okresie ochrony. Dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień, w którym Lekarz wystawił Ci skierowanie

do lekarza specjalisty lub na badania diagnostyczne, które wskazaliśmy w Załączniku nr 2. Skierowanie to musi mieć związek z podejrzeniem wystąpienia u Ciebie Poważnej choroby.

2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje podejrzenie wystąpienia Poważnej choroby, którą wymieniamy w Załączniku nr 1 i poniższej tabeli.

	Poważna choroba
1	Nowotwór złośliwy
2	Nowotwór mózgu (wszystkie stadia)
3	Zawał serca (choroba wieńcowa)
4	Udar mózgu (zaburzenia krążenia mózgowego)
5	Przeszczep narządów
6	Utrata wzroku
7	Utrata słuchu
8	Schyłkowa niewydolność nerek
9	Stwardnienie rozsiane
10	Masywny zator tętnicy płucnej
11	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)
12	Operacja aorty
13	Operacja zastawki serca
14	Osteoporoza
15	Stwardnienie zanikowe boczne
16	Nietrzymanie moczu
17	Jaskra
18	Choroby plamki żółtej
19	Zaćma
20	Przepuklina brzuszna
21	Wole tarczycy
22	Nadczynność przytarczyc
23	Żylaki kończyn dolnych
24	Guzy krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)
25	Żylaki powrózka nasiennego
26	Wrzód żołądka i jelita czczego
27	Wrzód dwunastnicy
28	Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit
29	Polip jelita grubego
30	Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC)
31	Wrzodziejące zapalenie jelita
32	Kamica żółciowa
33	Jęczmień

	Poważna choroba
34	Gradówka
35	Przerost migdałków
36	Skrzywienie przegrody nosowej
37	Przerost małżowin nosowych
38	Przewlekłe zapalenie zatok
39	Polipy nosa i zatok
40	Kamica nerki i moczowodu
41	Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej
42	Torbiele nerek
43	Torbiele ujścia moczowodu
44	Zwężenie cewki moczowej
45	Przerost gruczołu krokowego
46	Polipy żeńskich narządów rodnych
47	Wypadanie żeńskiego narządu rodnego
48	Mięśniaki
49	Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina
50	Endometrioza (Gruczolistość)
51	Przetoki żeńskich narządów rodnych
52	Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu
53	Przewlekła choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)
54	Częstoskurcz napadowy
55	Migotanie przedsionków
56	Zmiany nowotworowe trzonu macicy
57	Zmiany nowotworowe jajnika
58	Zmiany nowotworowe szyjki macicy
59	Zmiany nowotworowe piersi (sutka)
60	Zmiany nowotworowe jelita grubego
61	Zmiany nowotworowe gruczołu krokowego
62	Zmiany nowotworowe nerki (bez miedniczki nerkowej)
63	Zmiany nowotworowe miedniczki nerkowej
64	Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego
65	Zmiany nowotworowe żołądka
66	Rak podstawnokomórkowy skóry

3. Jesteś objęty ochroną, która daje Ci możliwość skorzystania z Diagnostyki w razie podejrzenia wystąpienia u Ciebie Poważnej choroby. Diagnostyka ta musi być bezpośrednio związana z procesem potwierdzenia lub wykluczenia u Ciebie Poważnej choroby. Musi też wynikać z aktualnych wskazań medycznych do jej wykonania.

4. Możesz korzystać ze Świadczeń medycznych w odniesieniu do Zdarzenia ubezpieczeniowego przez 4 miesiące od daty decyzji ubezpieczeniowej. Po tym czasie zwróć się do nas i złóż nowy wniosek o realizację Świadczenia medycznego.

Art. 4 Jakie Świadczenie medyczne zrealizujemy w ramach tej Umowy dodatkowej?

1. Organizujemy i pokrywamy koszty Diagnostyki w razie podejrzenia wystąpienia u Ciebie Poważnej choroby.
2. Świadczenia medyczne zrealizujemy na podstawie skierowania od Lekarza. Skierowanie to musi mieć bezpośredni związek z podejrzeniem wystąpienia u Ciebie Poważnej choroby. Skierowanie powinno zawierać szczegółowy kod ICD-10.
3. Zrealizujemy Świadczenia medyczne, które są wskazane w Twoim skierowaniu od Lekarza i są wymienione w Załączniku nr 2. W tym załączniku znajdziesz listę lekarzy specjalistów oraz listę badań diagnostycznych, które są dostępne dla Ciebie w ramach Diagnostyki.
4. Świadczenia medyczne wykonasz w Przychodniach, które wskaże Ci LUX MED i które są na terenie Polski. Listę Przychodni udostępniliśmy na naszej stronie internetowej.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy zrealizowali Świadczenie medyczne?

1. Jeżeli w czasie trwania tej Umowy dodatkowej:
   - wystąpiło u Ciebie po raz pierwszy podejrzenie wystąpienia Poważnej choroby oraz
   - w związku z tym Lekarz wystawił Ci skierowanie na badania lub wizytę do lekarza specjalisty,

   poinformuj nas o tym. Złóż wniosek o realizację Świadczenia medycznego.
2. Do realizacji Świadczenia medycznego będziemy od Ciebie potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość. Jeśli wniosek został złożony w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden, możemy zweryfikować tożsamość na podstawie mobilnego dokumentu mDowód;
   b) kopii skierowania do specjalisty lub na badania diagnostyczne, które wystawił Lekarz w Nieprzerwanym okresie ubezpieczenia – wskazane jest, by skierowanie to nie było starsze niż 3 miesiące;
   c) kopii posiadanych dokumentów medycznych, o ile otrzymasz takie zalecenie od LUX MED.
3. Na etapie realizacji Świadczenia medycznego możemy poprosić Cię o dokumenty medyczne, jeśli będą potrzebne do weryfikacji zasadności Twojego roszczenia o Świadczenie medyczne.

Art. 6 Kiedy zrealizujemy Świadczenie medyczne?

1. Zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeśli w Nieprzerwanym okresie ochrony:
   a) zajdzie u Ciebie Zdarzenie ubezpieczeniowe i
   b) zaakceptujemy Twój wniosek o realizację Świadczenia.

   Twój wniosek rozpatrzymy najpóźniej następnego dnia roboczego od złożenia go przez Ciebie.
2. W ciągu kilku godzin, ale nie później niż do końca następnego dnia roboczego od akceptacji Twojego wniosku, przekażemy Ci numer telefonu do LUX MED. Wtedy będziesz mógł umówić się na wizytę do lekarza specjalisty lub na badania diagnostyczne w Przychodni, którą wskaże Ci LUX MED.
3. LUX MED zaproponuje, by Twoja wizyta u lekarza specjalisty oraz badania laboratoryjne odbyły się do 3 dni roboczych od Twojego kontaktu z LUX MED. Natomiast na badania obrazowe LUX MED zaproponuje termin do 10 dni roboczych od Twojego kontaktu z LUX MED. Terminy te mogą być dłuższe, jeśli uzgodnisz to z LUX MED.
4. Po pierwszej wizycie możesz samodzielnie kontaktować się z dedykowaną infolinią LUX MED i umawiać się na kolejne Świadczenia medyczne. Stanie się to, o ile:
   a) Lekarz wystawił Ci na nie skierowanie oraz
   b) ich przeprowadzenie będzie uzasadnione medycznie w ramach wsparcia potrzebnego Ci w procesie potwierdzenia lub wykluczenia wystąpienia Poważnej choroby.
5. W sytuacji, gdy z przyczyn, które leżą po stronie LUX MED i wynikają z niezgodności działania LUX MED z warunkami umowy, podmiot ten nie będzie w stanie zrealizować Świadczenia medycznego w terminie określonym w tym Artykule, LUX MED zaproponuje Ci zwrot kosztów Diagnostyki zrealizowanej w placówce innej niż Przychodnia. Koszty powinny być wcześniej uzgodnione z LMG za pośrednictwem LUX MED.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia medycznego?

1. Diagnostyką nie obejmujemy:
   a) badań diagnostycznych w warunkach szpitalnych;
   b) badań diagnostycznych i konsultacji specjalistów innych niż te, które potwierdzają lub wykluczają Poważną chorobę;
   c) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków bez wskazań natury medycznej i które nie mają związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym;
   d) badań o charakterze kontrolnym, profilaktycznym lub przesiewowym;
   e) badań diagnostycznych i konsultacji specjalistów, które zostały zlecone przez Lekarza na Twoje życzenie;
   f) badań i konsultacji specjalistów w trybie pilnym lub cito, jeśli są związane z sytuacjami bezpośredniego zagrożenia dla Twojego życia;
   g) sytuacji zdrowotnych, w których każde opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej, dostępnej w najbliższym podmiocie leczniczym, niesie bezpośrednie zagrożenie dla Twojego życia. Umowa dodatkowa nie zastępuje pomocy, która jest udzielana w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Z zastrzeżeniem, że nie zwalnia to Przychodni z udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenia życia lub zdrowia.

Uwaga, to ważne! W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia, np. w nagłych objawach, które mogą wskazywać na zawał czy udar, należy:
- zadzwonić na numer alarmowy 112 lub
- udać się na najbliższy Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Nasze ubezpieczenie pomoże Ci w sytuacjach diagnostyki w trybie planowym.

2. Nie odpowiadamy za udzielenie przez Przychodnię Świadczeń medycznych, które nie są objęte zakresem Umowy dodatkowej. Nie odpowiadamy także za świadczenia, które zostały zlecone lub wykonane przez inną Przychodnię niż wskazana przez LUX MED.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. Jeśli dokupujesz Umowę dodatkową, to ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu rozpocznie się pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.
4. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić Ciebie o:
   a) informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
7. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy. W tym celu prześlemy mu Dokument ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na 1 rok albo
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy podstawowej następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, jeśli zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, na których została zawarta.
3. Jeżeli Umowę dodatkową zawarliśmy na warunkach szczególnych, to przedłużymy ją z uwzględnieniem tych warunków.
4. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, został mniej niż 1 rok, to nie przedłużymy tej umowy na kolejny okres.
5. Umowa dodatkowa nie przedłuży się, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:

a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
d) z dniem rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek. Wysokość składki obliczamy na podstawie Twojego wieku oraz należnych zniżek.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ takie czynniki jak:
   a) stan Twojego zdrowia,
   b) historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, których nie regulują Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej, stosujemy odpowiednie postanowienia z Warunków Umowy podstawowej.
2. W tym dokumencie znajdziesz słowa, które zapisaliśmy wielką literą, a których nie zdefiniowaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W takich przypadkach mają one znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 14 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 73/2025 z 1 lipca 2025 r. Obowiązują one od 3 lipca 2025 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 – Tabela Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem

do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób
nr OWU/LD12/1/2025

W załączniku tym podajemy definicje Poważnych chorób, w kierunku których możliwa jest Diagnostyka na podstawie Umowy dodatkowej wraz ze wskazaniem, na czym polega ta Diagnostyka. W rozumieniu tej Umowy dodatkowej przyjęliśmy, że dostępne w ramach Diagnostyki i wskazane w załączniku jednostki chorobowe oraz procedury medyczne, oparte są o wykaz jednostek chorobowych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz procedur medycznych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9.

1	**Nowotwór złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Diagnostyka Nowotworu złośliwego oznacza diagnostykę i konsultacje w przypadku podejrzenia wystąpienia tego nowotworu.
2	**Nowotwór mózgu (wszystkie stadia):** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu. Diagnostyka Nowotworu mózgu (wszystkie stadia) oznacza diagnostykę i konsultacje w przypadku podejrzenia wystąpienia ww. choroby.
3	**Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Diagnostyka Zawału serca oznacza diagnostykę i konsultacje wyłącznie w kierunku choroby wieńcowej jako ryzyka zwiększającego prawdopodobieństwo wystąpienia zawału (tym samym nie dotyczy Zawału, ani innych ostrych stanów układu sercowo-naczyniowego).
4	**Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego. Diagnostyka Udaru mózgu oznacza diagnostykę i konsultacje wyłącznie w kierunku zaburzeń krążenia mózgowego jako ryzyka zwiększającego prawdopodobieństwo wystąpienia Udaru mózgu (tym samym nie dotyczy Udaru, ani innych ostrych stanów związanych z zaburzeniami krążenia mózgowego).
5	**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. Diagnostyka w kierunku wykonania ww. Przeszczepów oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia niewydolności narządów, dla których leczeniem może okazać się Przeszczep.
6	**Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnostyka Utraty wzroku oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia pogorszenia wzroku, które może prowadzić do Utraty wzroku.
7	**Utrata słuchu:** całkowita, stała i nieodwracalna, utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnostyka Utraty słuchu oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia pogorszenia słuchu, które może prowadzić do Utraty słuchu.
8	**Schyłkowa niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnostyka Schyłkowej niewydolności nerek oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia niewydolności nerek prowadzącej do Schyłkowej niewydolności nerek.
9	**Stwardnienie rozsiane:** choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Diagnostyka Stwardnienia rozsianego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia zmian prowadzących do Stwardnienia rozsianego.

10	**Masywny zator tętnicy płucnej:** nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej leczone operacyjnie maksymalnie w ciągu 48 godzin od diagnozy. Diagnostyka Masywnego zatoru tętnicy płucnej obejmuje badania i konsultacje w kierunku choroby zakrzepowo-zatorowej jako ryzyka zwiększającego prawdopodobieństwo wystąpienia Masywnego zatoru tętnicy płucnej (nie dotyczy Masywnego zatoru tętnicy płucnej ani innych ostrych stanów).
11	**Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Diagnostyka w kierunku wykonania ww. zabiegu oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia choroby niedokrwiennej, dla której leczeniem jest zabieg bypass.
12	**Operacja aorty:** operacja chirurgiczna tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności, rozwarstwienia lub uszkodzenia aorty. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Diagnostyka w kierunku wykonania ww. operacji oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia tętniaka aorty piersiowej lub brzusznej z wykluczeniem jej odgałęzień.
13	**Operacja zastawki serca:** przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Diagnostyka w kierunku wykonania ww. operacji oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia choroby zastawek serca, dla których leczeniem jest Operacja zastawki serca.
14	**Osteoporoza**: choroba szkieletu, która charakteryzuje się upośledzoną wytrzymałością kości prowadzącą do złamań. Diagnostyka Osteoporozy oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia wystąpienia ww. choroby.
15	**Stwardnienie zanikowe boczne**: choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. Diagnostyka Stwardnienia zanikowego bocznego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia zmian prowadzących do ww. choroby.
16	**Nietrzymanie moczu:** choroba polegająca na mimowolnym, niezależnym od świadomej decyzji oddawaniem moczu, które skutkuje opróżnianiem pęcherza moczowego. Diagnostyka Nietrzymania moczu oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
17	**Jaskra**: grupa chorób, która charakteryzuje się postępującym zanikiem nerwu wzrokowego, w wyniku którego może nastąpić całkowita, nieodwracalna utrata wzroku. Diagnostyka Jaskry oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
18	**Choroby plamki żółtej:** choroby dotyczące siatkówki (dna oka). Diagnostyka Chorób plamki żółtej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. chorób.
19	**Zaćma**: choroba polegająca na zmętnieniu soczewki oka. Diagnostyka Zaćmy oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
20	**Przepuklina brzuszna:** przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. Definicja obejmuje przepukliny pachwinowe, udowe, pępkowe oraz przepuklinę rozworu przełykowego, w której część żołądka przemieszcza się do klatki piersiowej. Diagnostyka Przepukliny brzusznej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
21	**Wole tarczycy:** objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. Definicja obejmuje wole nietoksyczne rozlane, guzek tarczycy pojedynczy, wole wieloguzkowe tarczycy oraz inne określone wole. Diagnostyka Wola tarczycy oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
22	**Nadczynność przytarczyc:** polega na nadmiernym wydzielaniu parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. Definicja obejmuje nadczynność pierwotną, wtórną, inną oraz inne określone choroby przytarczyc. Diagnostyka Nadczynności przytarczyc oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.

23	**Żylaki kończyn dolnych:** wydłużenie i poszerzenie żyły, które prowadzi do jej krętego przebiegu. Definicja obejmuje żylaki kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia. Diagnostyka Żylaków kończyn dolnych oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
24	**Guzy krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna)**: powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. Definicja obejmuje żylaki odbytu wewnętrzne oraz zewnętrzne zarówno zakrzepowe jak i bez innych powikłań. Diagnostyka Guzów krwawniczych odbytu (żylaków odbytu, choroby hemoroidalnej) oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
25	**Żylaki powrózka nasiennego:** poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. Diagnostyka Żylaków powrózka nasiennego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
26	**Wrzód żołądka i jelita czczego:** powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku lub żołądku i jelicie czczym. Diagnostyka Wrzodu żołądka i jelita czczego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
27	**Wrzód dwunastnicy:** powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. Diagnostyka Wrzodu dwunastnicy oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
28	**Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit:** uwypuklenia błony śluzowej jelit na zewnątrz ich ściany. Definicja obejmuje chorobę uchyłkową jelita cienkiego lub jelita grubego bez objawów ostrego zapalenia, przedziurawienia lub ropnia. Diagnostyka Choroby uchyłkowej (uchyłki) jelit oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
29	**Polip jelita grubego:** rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. Definicja obejmuje polipy uszypułowane lub nieuszypułowane okrężnicy. Diagnostyka Polipa jelita grubego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
30	**Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC):** jest pełnościennym zapaleniem przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. Definicja w ramach umowy obejmuje zapalenia dotyczące jelita cienkiego i grubego. Diagnostyka Choroby Leśniowskiego i Crohna (ChLC) oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
31	**Wrzodziejące zapalenie jelita:** zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. Definicja obejmuje zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, inne i nieokreślone zapalenia jelita grubego. Diagnostyka Wrzodziejącego zapalenia jelita oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
32	**Kamica żółciowa:** stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złogi zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. Definicja obejmuje kamicę żółciową bez objawów ostrego zapalenia. Diagnostyka Kamicy żółciowej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
33	**Jęczmień**: zapalenie bakteryjne (gronkowcowe) mieszka włosowego rzęsy. Definicja obejmuje ropień powieki i czyrak powieki. Diagnostyka Jęczmienia oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
34	**Gradówka**: jałowe zapalenie brzegu powiek. Diagnostyka Gradówki oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
35	**Przerost migdałków:** przewlekłe powiększenie się migdałków. Definicja obejmuje przerost migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłe zapalenie migdałków, inne przewlekłe choroby migdałków. Diagnostyka Przerostu migdałków oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
36	**Skrzywienie przegrody nosowej:** zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. Diagnostyka Skrzywienia przegrody nosowej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
37	**Przerost małżowin nosowych:** stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. Diagnostyka Przerostu małżowin nosowych oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.

38	**Przewlekłe zapalenie zatok:** stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. Definicja obejmuje przewlekłe zapalenie zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub inne i nieokreślone. Diagnostyka Przewlekłego zapalenia zatok oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
39	**Polipy nosa i zatok:** rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. Definicja obejmuje polipy jamy nosowej, zatok oraz nieokreślone polipy nosa. Diagnostyka Polipów nosa i zatok oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
40	**Kamica nerki i moczowodu:** obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. Definicja obejmuje kamicę nerki i moczowodu. Diagnostyka Kamicy nerki i moczowodu oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
41	**Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej:** obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. Definicja obejmuje kamicę pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej. Diagnostyka Kamicy pęcherza moczowego i kamienia w cewce moczowej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
42	**Torbiele nerek:** przestrzenie w obrębie miąższu nerki wypełnione płynem, powstałe w wyniku poszerzenia cewek nerkowych, swoim wyglądem przypominające pęcherzyki. Diagnostyka Torbieli nerek oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
43	**Torbiele ujścia moczowodu:** poszerzenie odcinka moczowodu pod postacią rozdęcia tuż powyżej zwężenia moczowodu przy ujściu do pęcherza. Diagnostyka Torbieli ujścia moczowodu oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
44	**Zwężenie cewki moczowej:** stan, w którym dochodzi do zmniejszenia światła cewki w wyniku stanów chorobowych lub urazów. Definicja obejmuje zwężenia pourazowe, pozapalne, inne i nieokreślone. Diagnostyka Zwężenia cewki moczowej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
45	**Przerost gruczołu krokowego:** powiększenie stercza o charakterze łagodnym. Definicja obejmuje rozrost, przerost, powiększenie gruczołu. Diagnostyka Przerostu gruczołu krokowego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
46	**Polipy żeńskich narządów rodnych:** rozrost łagodny ich błony śluzowej w kształcie uwypuklenia powyżej jej poziomu. Definicja obejmuje polipy trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu oraz innych części żeńskiego narządu rodnego i nieokreślone. Diagnostyka Polipów żeńskich narządów rodnych oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
47	**Wypadanie żeńskiego narządu rodnego:** zmiana położenia narządów miednicy, poniżej ich prawidłowego umiejscowienia, które skutkuje wypadaniem pochwy lub szyjki macicy lub macicy. Definicja obejmuje wypadanie macicy, pochwy zarówno częściowe jak i całkowite oraz dodatkowo obniżenie pęcherza moczowego. Diagnostyka Wypadania żeńskiego narządu rodnego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
48	**Mięśniaki:** nowotwory niezłośliwe macicy pochodzące z tkanki mięśniowej gładkiej, która buduje mięsień macicy. Definicja obejmuje mięśniaki podśluzówkowe, śródścienne, surowicze i nieokreślone. Diagnostyka Mięśniaków oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
49	**Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina:** zmiany powstałe w przebiegu jego stanu zapalnego wywołanego przez bakterie. Definicja obejmuje torbiel oraz ropień gruczołu. Diagnostyka Torbieli lub ropnia gruczołu Bartholina oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
50	**Endometrioza (Gruczolistość):** nieprawidłowe występowanie komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza właściwą strukturą jaką jest jama macicy. Definicja obejmuje endometriozę macicy, jajnika, jajowodu, miednicy mniejszej, przegrody odbytniczo-pochwowej, pochwy, jelita, blizny skórnej, innych lokalizacji i nieokreślonej. Diagnostyka Endometriozy (Gruczolistości) oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.

51	**Przetoki żeńskich narządów rodnych:** nieprawidłowe połączenie narządu rodnego z innym narządem, które powstało na skutek procesów chorobowych, również urazów. Definicja obejmuje przetoki pęcherzowo-pochwowe, między pochwą a jelitem cienkim, między pochwą a jelitem grubym, między żeńskim układem rozrodczym a skórą oraz inne przetoki między żeńskim układem rozrodczym a układem moczowym, jelitami. Diagnostyka Przetok żeńskich narządów rodnych oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
52	**Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu:** występowanie w obrębie jajnika lub jajowodu nieprawidłowej przestrzeni z płynną treścią, otoczonej ścianą. Definicja obejmuje pęcherzykową torbiel jajnika, torbiele ciałka żółtego, inne i nieokreślone torbiele jajnikowe oraz krwiaka jajowodu i inne i nieokreślone torbiele jajowodu. Diagnostyka Torbieli jajnika lub torbieli jajowodu oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
53	**Przewlekła choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa):** rozumiana w ramach umowy jako przewlekłe stany niedokrwienia mięśnia sercowego na tle przewężenia tętnic wieńcowych. Diagnostyka Przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
54	**Częstoskurcz napadowy:** każdy nieutrwalony rytm serca o częstotliwości >100/min. Diagnostyka Częstoskurczu napadowego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
55	**Migotanie przedsionków:** nieskoordynowane pobudzenie przedsionków serca objawiające się szybką, niemiarową czynnością serca, często powodującą uczucie kołatania w klatce piersiowej. Definicja obejmuje migotanie napadowe, przetrwałe, utrwalone, typowe, atypowe oraz nieokreślone. Diagnostyka Migotania przedsionków oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
56	**Zmiany nowotworowe trzonu macicy** o różnej budowie histopatologicznej. Obejmuje zmiany nowotworowe trzonu macicy dotyczące jej: cieśni, błony śluzowej, mięśniówki, dna. Diagnostyka Zmiany nowotworowej trzonu macicy oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia wystąpienia ww. choroby.
57	**Zmiany nowotworowe jajnika** o różnej budowie histopatologicznej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej jajnika oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
58	**Zmiany nowotworowe szyjki macicy** o różnej budowie histopatologicznej. Obejmuje Zmiany nowotworowe szyjki macicy dotyczące jej: błony śluzowej, błony zewnętrznej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej szyjki macicy oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
59	**Zmiany nowotworowe piersi (sutka)** o różnej budowie histopatologicznej. Obejmuje Zmiany nowotworowe piersi dotyczące jej: brodawki i otoczki brodawki sutkowej, centralnej części piersi, ćwiartki górnej wewnętrznej, ćwiartki dolnej wewnętrznej, ćwiartki górnej zewnętrznej, ćwiartki dolnej zewnętrznej, części pachowej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej piersi (sutka) oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
60	**Zmiany nowotworowe jelita grubego** o różnej budowie histopatologicznej. Obejmuje Zmiany nowotworowe jelita grubego dotyczące jego: jelita ślepego, zastawki krętniczo-kątniczej, wyrostka robaczkowego, okrężnicy wstępującej, zgięcia wątrobowego, poprzecznicy, zgięcia śledzionowego, okrężnicy zstępującej, esicy. Diagnostyka Zmiany nowotworowej jelita grubego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
61	**Zmiany nowotworowe gruczołu krokowego** o różnej budowie histopatologicznej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej gruczołu krokowego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
62	**Zmiany nowotworowe nerki (bez miedniczki nerkowej)** o różnej budowie histopatologicznej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej nerki (bez miedniczki nerkowej) oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
63	**Zmiany nowotworowe miedniczki nerkowej** o różnej budowie histopatologicznej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej miedniczki nerkowej oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.

64	**Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego** o różnej budowie histopatologicznej. Obejmuje Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego dotyczące jego: trójkąta, szczytu, ściany bocznej, ściany przedniej, ściany tylnej, szyi, ujścia, moczownika. Diagnostyka Zmiany nowotworowej pęcherza moczowego oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
65	**Zmiany nowotworowe żołądka** o różnej budowie histopatologicznej. Obejmuje Zmiany nowotworowe żołądka dotyczące jego: wpustu, dna, trzonu, ujścia odźwiernika, odźwiernika, krzywizny mniejszej nieokreślonej, krzywizny większej nieokreślonej. Diagnostyka Zmiany nowotworowej żołądka oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.
66	**Rak podstawnokomórkowy skóry:** zmiana nowotworowa skóry o niskim stopniu złośliwości, powolnym wzroście i bardzo rzadkim przerzutowaniu. Diagnostyka Raka podstawnokomórkowego skóry oznacza badania i konsultacje w przypadku podejrzenia ww. choroby.

Załącznik nr 2 – Zakres Świadczeń medycznych: lista lekarzy specjalistów oraz lista badań laboratoryjnych i obrazowych dostępnych w ramach ubezpieczenia

do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób
nr OWU/LD12/1/2025

Wizyty u lekarzy specjalistów oraz badania laboratoryjne i obrazowe wymagają skierowania od Lekarza.

Lista lekarzy specjalistów

Konsultacje specjalistów:

- angiologii
- audiologii
- chirurgii naczyniowej
- chirurgii ogólnej
- chirurgii onkologicznej
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- geriatrii
- ginekologii
- ginekologii endokrynologicznej
- ginekologii onkologicznej
- hematologii
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neurochirurgii
- neurologii
- okulistyki
- onkologii
- ortopedii
- proktologii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii

Zakres badań laboratoryjnych i obrazowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej

Diagnostyka laboratoryjna:

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Rozmaz ręczny krwi
- Płytki krwi
- INR / Czas protrombinowy
- Czas trombinowy – TT
- D – Dimery
- APTT
- Fibrynogen
- Białko S wolne
- Antytrombina III
- Białko C aktywność
- Czynnik V Leiden met. PCR

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza
- Albuminy
- Białko całkowite
- Białko PAPP – a
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina bezpośrednia
- Chlorki / Cl
- Cholesterol
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- CK (kinaza kreatynowa)
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa
- Fosfataza kwaśna
- Fosfor / P
- GGTP
- Test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)
- Glukoza na czczo
- 120’ / 120’ po jedzeniu
- Glukoza 60’ / 60’ po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Trójglicerydy
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM

- Kwas foliowy
- Witamina B12
- Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Ferrytyna
- Ceruloplazmina
- Transferyna
- Tyreoglobulina
- Apolipoproteina A1
- Lipaza
- 17 – OH Progesteron
- Aldosteron
- Miedź
- Kortyzol po południu
- Kortyzol rano
- Prolaktyna 120’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 30’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 60’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna
- TSH / hTSH
- Estradiol
- FSH
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- Total Beta-hCG
- LH
- Progesteron
- Testosteron
- Testosteron wolny
- AFP – alfa-fetoproteina
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- CEA – antygen carcinoembrionalny
- CA 125
- CA 15.3 – antyg. raka sutka
- CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego
- CA 72 – 4 – marker nowotworowy jelita grubego
- ALFA 1 – Antytrypsyna
- Alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid)
- Androstendion
- Beta – 2 – Mikroglobulina
- Ceruloplazmina
- Cholinesteraza
- Cholinesteraza krwinkowa / Acetylocholinesteraza krwinkowa
- CYFRA 21 – 1 – marker nowotworowy płuc
- Cynk
- Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- DHEA – S
- Cynkoprotoporfiryny w erytrocytach (ZnPP)
- Erytropoetyna
- Estriol wolny
- Fosfataza kwaśna sterczowa
- Fosfataza zasadowa – frakcja kostna
- Gastryna
- Haptoglobina
- Hb A1c – Hemoglobina glikowana
- Homocysteina
- Hormon adenokortykotropowy (ACTH)
- Hormon wzrostu (GH)
- IGF – BP 3
- CK – MB – aktywność
- CK – MB – mass
- BNP
- NT pro – BNP
- Kalcytonina
- Klirens kreatyniny
- Mioglobina
- Osteokalcyna (marker tworzenia kości)
- Parathormon
- Peptyd C
- Utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC)
- Witamina D3 – metabolit 1,25 (OH)2
- Witamina D3 – metabolit 25 OH
- T3 Całkowite
- T4 Całkowite
- Somatomedyna – (IGF – 1)
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- Retikulocyty
- SCC – antygen raka płaskonabłonkowego
- SHBG
- Łańcuchy lekkie kappa w surowicy
- Łańcuchy lekkie lambda w surowicy
- NSE – Neuroswoista enolaza
- Cystatyna C
- Makroprolaktyna
- Aktywność reninowa osocza
- Enzym konwertujący angiotesynę
- Leptyna
- TPS
- S100
- BRCA1 met. PCR
- Apo A1
- Aldolaza

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
- Odczyn Waaler-Rose
- Test BTA
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- HBs Ag / antygen
- P / ciała a – mikrosomalne / Anty TPO
- P / ciała a – tyreoglobulinowe / Anty TG
- CMV IgG
- CMV IgM
- HBs Ab / przeciwciała
- HCV Ab / przeciwciała
- Helicobacter Pylori IgG ilościowo
- HIV I / HIV II
- EBV / Mononukleoza – lateks
- EBV / Mononukleoza IgG
- EBV / Mononukleoza IgM
- HBc Ab IgM
- Anty – HAV – IgM
- Anty – HAV – total

- Antykoagulant toczniowy
- Borelia burgdorferii met. PCR – jakościowo
- Borelioza IgG
- Borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Borelioza IgM
- Borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia)
- CMV (Cytomegalovirus) met. PCR – jakościowo
- Cytomegalia – IgG test awidności
- HBc Ab total
- HBe Ab
- Hbe Ag
- HBV – met. PCR ilościowo
- HBV – met. PCR jakościowo
- HCV met. PCR – ilościowo
- HCV met. PCR – jakościowo
- HPV (Human papillomavirus) met. PCR, jakościowo – wymaz
- Oznaczenie antygenu HLA B27
- P / c. p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF
- P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF
- P / c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)
- P / ciała antykardiolipinowe – IgG
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM i IgG
- P / ciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGG
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM
- P / ciała p / – Beta – glikoproteinie IGG i IGM (łącznie)
- P / ciała p / – CCP
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGG
- P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGM
- P / ciała p / – korze nadnerczy
- P / ciała p / – protrombinie IGG
- P / ciała p / – protrombinie IGM
- P / ciała p / – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA
- P / ciała p / – wyspom trzust., kom. zewnątrzwydzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF
- P / ciała p / czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF
- P / ciała p / DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)
- P / ciała p / endomysium – IgA – EmA IgA
- P / ciała p / endomysium – IgG – EmA IgG
- P / ciała p / endomysium IgG, IgA EmA
- P / ciała p / gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / gliadynie klasy IgA – AGA
- P / ciała p / gliadynie klasy IgG – AGA
- P / ciała p / jądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF
- P / ciała p / komórkom mięśnia sercowego (HMA)
- P / ciała p / komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met.IIF
- P / ciała p / mięśniom gładkim ASMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA typ M2
- P / ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF
- P / ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID
- P / ciała przeciw receptorom acetylocholiny (AChR – Ab)
- P / ciała przeciw receptorom TSH (TRAb)
- P / ciała przeciwjądrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu
- P / ciała przeciwjądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID
- SLE – półilościowo
- Serologia kiły – test potwierdzenia – FTA – ABS
- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- Odczyn – TPHA
- P / c p. ds.. DNA met. IIF
- P / c. p. kanalikom żółciowym met. IIF
- P / c. p.antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / c. p. fosfatydyloserynie w kl. IgG
- P / c. p. fosfatydyloserynie w kl. IgM
- P / c p. antygenom jajnika met. IIF
- P / c p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF
- P / c p. błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF
- Panel jelitowy (p / c p. kom. Zewnątrzwydziel. Trzustki i kom. Kubk. Jelit., ASCA, ANCA) met. IIF
- Hemochromatoza met. PCR
- EBV met. PCR, ilościowo
- EBV met. PCR, jakościowo

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne
- Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu
- Białko w moczu
- Białko całkowite / DZM
- Fosfor w moczu
- Fosfor w moczu / DZM
- Kreatynina w moczu
- Kreatynina w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu
- Magnez / Mg w moczu
- Magnez / Mg w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- Sód / Na w moczu
- 17 – ketosterydy w DZM
- Sód / Na w moczu / DZM
- Wapń w moczu
- Wapń w moczu / DZM
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM
- Potas / K w moczu
- Potas / K w moczu / DZM
- Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM
- Kortyzol w DZM
- Metoksykatecholaminy w DZM
- Ołów / Pb w moczu
- Albumina w DZM
- Albumina w moczu
- Aldosteron w DZM
- Amylaza w moczu
- Białko Bence Jonesa w moczu
- Chlorki / Cl w moczu
- Chlorki / Cl w moczu / DZM
- Glukoza i ketony w moczu
- Kadm w moczu
- Koproporfiryny w moczu
- Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM (5 – HIAA)
- Kwas hipurowy w moczu / DZM
- Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu)
- Rtęć / Hg w moczu
- Łańcuchy lekkie kappa w moczu
- Łańcuchy lekkie lambda w moczu
- Białko Bence`a – Jonesa w moczu
- Szczawiany w DZM
- 17 – hydroksykortykosteroidy w DZM
- Skład chemiczny kamienia nerkowego
- Pyrylinks D (marker resorpcji kości)

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- Wymaz z ucha – posiew beztlenowy
- Wymaz z ucha – posiew tlenowy
- Wymaz z oka – posiew tlenowy
- Wymaz z nosa
- Wymaz z nosa – posiew tlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy
- Wymaz z rany
- Wymaz z rany – posiew beztlenowy
- Posiew plwociny
- Posiew treści ropnia
- Posiew treści ropnia – beztlenowy
- Wymaz z odbytu – posiew tlenowy
- Wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy
- Płyn stawowy – badanie cytologiczne
- Płyn stawowy – badanie ogólne

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew plwociny w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz
- Wymaz z rany posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z owrzodzenia – posiew w kierunku grzybów

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP – test paskowy
- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:

Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Próba wysiłkowa
- Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze
- Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie
- Założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h)
- Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok / skos
- RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco
- RTG stopy AP + bok / skos obu
- RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok

- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych
- Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG nosogardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka
- RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG klatki piersiowej – RTG tomogram
- RTG krtani – tomogram
- RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG przełyku, żołądka i RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG teleradiogram – cefalometria cyfrowa

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG narządów moszny (jąder)
- USG ślinianek
- USG transrektalne prostaty
- USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych
- USG / doppler tętnic kończyn dolnych
- USG / doppler tętnic kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
- USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
- USG / doppler tętnic nerkowych
- USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych
- USG stawów biodrowych dzieci
- USG stawu biodrowego
- USG stawu kolanowego
- USG stawu łokciowego
- USG stawu skokowego
- USG stawu barkowego
- USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)
- USG krwiaka pourazowego mięśni
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów
- USG śródstopia
- USG rozcięgna podeszwowego
- USG stawów śródręcza i palców
- USG ścięgna Achillesa
- USG układu moczowego + TRUS
- Echokardiografia – USG serca
- USG gałek ocznych i oczodołów
- USG opłucnej

Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- Anoskopia
- Gastroskopia (z testem ureazowym)
- Rektoskopia
- Sigmoidoskopia
- Kolonoskopia
- Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej
- Endoskopia laryngologiczna

Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- MR – Rezonans magnetyczny głowy
- MR – Rezonans magnetyczny angio głowy
- MR – Rezonans magnetyczny głowy+ angio
- MR – Rezonans magnetyczny – głowy i przysadki mózgowej
- MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny oczodołów
- MR – Rezonans magnetyczny zatok
- MR – Rezonans magnetyczny przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych
- MR – Rezonans magnetyczny stopy
- MR – Rezonans magnetyczny podudzia
- MR – Rezonans magnetyczny uda
- MR – Rezonans magnetyczny przedramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ręki
- MR – Rezonans magnetyczny – szyi
- MR – Rezonans magnetyczny – arteriografia tętnic kończyn dolnych
- MR – Rezonans magnetyczny – badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności
- MR – Rezonans magnetyczny – Cholangiografia MR
- MR – Rezonans magnetyczny – Mammografia MR
- MR – Rezonans magnetyczny – morf serca z ilościową oceną funkcji skur. i oceną żywotności
- MR – Rezonans magnetyczny – serca z ilościową oceną funkcji skur.
- MR – Rezonans magnetyczny – serca z ilościową oceną przepływu krwi
- MR – Rezonans magnetyczny – Angio wielkich naczyń klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny – Arteriografia tętnic nerkowych
- MR – Rezonans magnetyczny – jamy brzusznej i cholangiografia
- MR – artrografia nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny – nadnerczy
- MR – Rezonans magnetyczny – płodu
- MR – Rezonans magnetyczny – staw z chrząstkogramem kolorowym
- MR – artrografia stawu barkowego
- MR – artrografia stawu kolanowego
- MR – artrografia stawu łokciowego
- MR – artrografia stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny – Urografia

Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- TK – Tomografia komputerowa głowy
- TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki
- TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej
- TK – Tomografia komputerowa zatok
- TK – Tomografia komputerowa oczodołów
- TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych
- TK – Tomografia komputerowa szyi
- TK – Tomografia komputerowa krtani
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – klatki piersiowej niskodawkowa
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej

- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa
- TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa nadgarstka
- TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego
- TK – Tomografia komputerowa stopy
- TK – Tomografia komputerowa uda
- TK – Tomografia komputerowa podudzia
- TK – Tomografia komputerowa ramienia
- TK – Tomografia komputerowa przedramienia
- TK – Tomografia komputerowa ręki
- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – tętnice
- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio kończyn dolnych
- TK – Tomografia komputerowa – Angio kończyny górnej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio nadbrzusze
- TK – Tomografia komputerowa – Angio tętnic miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio tętnic szyjnych
- TK – Tomografia komputerowa – Bronchografia TK
- TK – Tomografia komputerowa – Kolonografia
- TK – Tomografia komputerowa – naczyń wieńcowych – tętnice
- TK – artrografia nadgarstka
- TK – artrografia stawu barkowego
- TK – artrografia stawu kolanowego
- TK – artrografia stawu łokciowego
- TK – artrografia stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa – szczęka, żuchwa – badanie stomatolog (implantologia)

Badania EEG:

- EEG standardowe*

Badania EMG:

- Badanie EMG – elektromiografia – zespół cieśni nadgarstka
- Badanie EMG – elektromiografia – badanie ilościowe mięśnia
- Badanie EMG – elektromiografia – choroba neuronu ruchowego / stwardnienie boczne zanikowe (MND / SLA)
- Badanie EMG – elektromiografia – nerw twarzowy
- Badanie EMG – elektromiografia – nieurazowe uszkodzenie nerwu
- Badanie EMG – elektromiografia – ocena czynności spoczynkowej mięśnia
- Badanie EMG – elektromiografia – polineuropatia / miopatia
- Badanie EMG – elektromiografia – pourazowe uszkodzenie nerwu
- Badanie EMG – elektromiografia – Próba ischemiczna (tężyczkowa)
- Badanie EMG – elektromiografia – Próba miasteniczna
- Badanie EMG – elektromiografia – uszkodzenie splotu

Badania elektroneurograficzne:

- Elektroneurografia (ENG) – nerw czuciowy
- Elektroneurografia (ENG) – nerw ruchowy (długi)
- Elektroneurografia (ENG) – nerw ruchowy (krótkie odcinki)

Badania scyntygraficzne:

- Scyntygrafia – kości
- Scyntygrafia – nerek (Renoscyntygrafia)
- Scyntygrafia – serca – obciążeniowa
- Scyntygrafia – serca – spoczynkowa
- Scyntygrafia – tarczycy

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Spirometria – próba rozkurczowa
- Audiometr standardowy*
- Audiometr standardowy – audiometria nadprogowa
- Audiometr standardowy – audiometria słowna
- Tympanometria
- Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening
- Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening
- Badanie uroflowmetryczne
- Kolposkopia
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane
- Komputerowe pole widzenia
- Badanie adaptacji do ciemności
- Pachymetria
- Badanie GDX
- Badanie OCT – dwoje oczu
- Badanie OCT – jedno oko
- Palestezjometria (czucie wibracji)
- Próba błędnikowa
- Próba oziębieniowa
- Próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową
- Angiografia fluoresceinowa
- Badanie na anomaloskopie
- ABR – diagnostyka różnicowa
- ABR – latencje
- Audiometria impedancyjna – z tympanometrią i oceną odruchów z mięśnia strzemiączkowego (AI)
- Badanie słuchu – Charakterystyka szumu usznego (ChS)
- Badanie słuchu – Oznaczenie progu dyskomfortu słyszenia (UCL)
- Badanie słuchu – próba szeptu
- Otoemisja akustyczna
- Elektronystagmografia (ENG)
- Tilt Test
- Videonystagmografia (VNG)

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. O ile nie zaznaczono inaczej diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

nationale nederlanden

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

OWU/CB14/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Zaloguj się w Portalu Dbamy bez granic
   na stronie dbamybezgranic.pl

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

nr OWU/CB14/1/2025

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 4, Art. 7, Art. 8, Art. 10
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

nr OWU/CB14/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CB14, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CB14/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1) **Nationale-Nederlanden** albo **my** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa dotycząca organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”, zawarta na podstawie niniejszych Warunków Umowy dodatkowej, oznaczona kodem CB14.
3) **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej; Ty również możesz być Ubezpieczonym.
4) **Właściciel polisy** albo **„Ty”** – osoba, która zawarła Umowę z Nationale-Nederlanden i zobowiązała się do opłacania Składki.
5) **Suma ubezpieczenia** – kwota, do której będą realizowane łączne świadczenia z Umowy dodatkowej w Nieprzerwanym okresie ochrony z uwzględnieniem limitów opisanych w Art. 8.
6) **Składka za Umowę dodatkową** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, wymieniona w Dokumencie ubezpieczenia.
7) **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” i wszystkich kolejnych Umów dodatkowych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków Umowy podstawowej i Warunków Umowy dodatkowej.
8) **Certyfikat Leczenia** – pisemna zgoda wystawiona przez Partnera assistance w imieniu Nationale-Nederlanden, potwierdzająca organizację i pokrycie wymienionych w nim kosztów Leczenia za granicą oraz pozostałych świadczeń i usług objętych zakresem Umowy dodatkowej.
9) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami lokalnego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
10) **Lekarz prowadzący leczenie za granicą** – Lekarz ze Szpitala wskazanego w Certyfikacie Leczenia zajmujący się Ubezpieczonym podczas Leczenia za granicą.
11) **Lekarz konsultant** – Lekarz specjalista odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, który współpracuje Partnerem assistance.
12) **Stan chorobowy** – Choroba wymieniona w tabeli w Art.2 ust. 2 i 3 objęta ubezpieczeniem, która wystąpiła w Nieprzerwanym okresie ochrony.
13) **Stan chorobowy wymagający leczenia** – choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w tabeli w Art. 2 ust. 4 objęte ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
14) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków Umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
15) **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.
16) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
17) **Partner assistance** – Further Underwriting International SLU, z siedzibą w Madrycie, podmiot współpracujący oraz składający oświadczenia w imieniu Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej.
18) **Druga Opinia Medyczna** – opinia sporządzona przez Lekarza konsultanta na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, polegająca na skonsultowaniu rozpoznania Stanu chorobowego wymagającego leczenia oraz zawierająca propozycję planu leczenia.
19) **Leczenie za granicą** – leczenie Stanu chorobowego wymagającego leczenia, które:
    a) odbywa się poza Polską w Szpitalu wybranym przez Ubezpieczonego spośród Szpitali rekomendowanych przez Partnera assistance oraz

b) jest organizowane przez Partnera assistance na zasadach opisanych w niniejszej Umowie dodatkowej, oraz
c) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostało zalecone przez Lekarza konsultanta na podstawie aktualnych badań medycznych i uznane za poprawiające stan zdrowia w ramach planów leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w szczególności z wytycznymi organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) lub ESMO (European Society for Medical Oncology) w przypadku leczenia nowotworów.

20) **Szpital** – podmiot leczniczy, posiadający zgodnie z prawem lokalnym danego kraju, uprawnienia do leczenia Chorób lub urazów ciała, 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.
21) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający zgodnie z wymogami miejscowego prawa, który świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia, zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
22) **Świadczenie** – zakres usług i wypłat realizowanych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej wskazanych w Art. 7 i Art. 2 ust. 5.
23) **Okres świadczenia usług** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej w ramach Umowy dodatkowej z tytułu Leczenia za granicą w ramach pierwszego realizowanego świadczenia z danej grupy Stanu chorobowego wymagającego leczenia. Jeśli na koniec danego Okresu świadczenia usług Ubezpieczony będzie przebywał lub będzie leczony w Szpitalu zgodnie Certyfikatem Leczenia, to Okres świadczenia usług zakończy się w dniu najbliższego zaplanowanego powrotu do Polski. Dla każdej grupy Stanu chorobowego wymagającego leczenia obowiązuje odrębny Okres świadczenia usług w ramach realizowanych świadczeń.
24) **Leczenie alternatywne** – systemy, praktyki i produkty medyczne i zdrowotne, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, w tym m.in. akupunktura, aromaterapia, chiropraktyka, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.
25) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów.
26) **Leczenie poszpitalne** – wszelkie badania diagnostyczne, kontrolne wykonywane lub zlecone przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę z zakresu Stanu chorobowego wymagającego leczenia, po zakończeniu Leczenia za granicą w celu monitorowania aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego i zminimalizowania skutków pogorszenia stanu zdrowia, w tym wznowienia lub nawrotu tej samej choroby, powikłań będących następstwem leczenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia. Plan Leczenia poszpitalnego powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą i wskazywać odstępy czasowe i rodzaje procedur diagnostycznych.
27) **Terapia genowa** – postępowanie z wykorzystaniem genów wywołujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, która polega na wprowadzaniu do organizmu genów „rekombinowanych", zazwyczaj w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób przewlekłych. Gen rekombinowany to stworzony w warunkach laboratoryjnych fragment DNA lub RNA łączący w sobie DNA lub RNA z różnych źródeł.
28) **Somatyczna terapia komórkowa** – postępowanie z wykorzystaniem komórek lub tkanek, które zostały poddane manipulacji w celu zmiany ich właściwości biologicznych lub nie są przeznaczone do tych samych podstawowych funkcji w organizmie. Można je wykorzystywać do leczenia, rozpoznawania i zapobiegania chorobom.
29) **Terapia inżynierii tkankowej** – zawiera komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane tak, by można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub zastąpienia tkanki ludzkiej.
30) **Terapia limfocytami CAR-T (terapia chimerowymi receptorami antygenowymi limfocytów CAR-T)** – rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) zmienia się w warunkach laboratoryjnych tak, by atakowały komórki rakowe. Limfocyty T pobiera się z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodawany jest gen specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem w komórkach nowotworowych pacjenta. Specjalny receptor nazywany jest chimerycznym receptorem antygenowym (CAR). W laboratorium hoduje się dużą liczbę limfocytów CAR-T, które podaje się pacjentowi drogą infuzyjną.
31) **Zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które zgodnie z definicją podaną w „Podręczniku diagnostyczno-statystycznym zaburzeń psychicznych (DSM-5)" są na tyle upośledzające funkcje poznawcze osoby, że jej funkcjonowanie w społeczeństwie nie jest bez leczenia dłużej możliwe.
32) **Lek** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania lub poprawy funkcji fizjologicznych w zdiagnozowanym Stanie chorobowym lub ułatwienia rozpoznania. Lek musi być dostępny wyłącznie na receptę wystawioną przez Lekarza i być dopuszczony do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla odpowiednika tego Leku o tych samych substancjach aktywnych, sile i dawkowaniu.

33) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie objawów Choroby lub wystąpienie Stanu chorobowego lub Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętych ochroną w ramach Umowy dodatkowej opisanych w Art. 2 punkt 2, 3 i 4.
34) **Portal Dbamy bez granic** – platforma internetowa pod adresem www.dbamybezgranic.pl. dostarczona i zarządzana przez Partnera assistance w celu wspierania realizacji świadczeń, z której korzystać może Ubezpieczony objęty ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
35) **Wirtualna Konsultacja** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Art. 7 realizowane wyłącznie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
36) **Przewodnik Pacjenta** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Art. 7 realizowane wyłącznie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
37) **Siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można zapobiec.
38) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego**:
    - Dla świadczenia Wirtualnej Konsultacji dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień wystąpienia objawów Choroby, uzasadniających wykonanie Wirtualnej Konsultacji;
    - Dla świadczenia Przewodnika Pacjenta dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień postawienia przez Lekarza diagnozy jednostki chorobowej objętej zakresem tego świadczenia;
    - Dla świadczenia organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za granicą dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
        - w przypadku nowotworów – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego,
        - w przypadku zabiegu dotyczącego chorób neurologicznych lub kardiologicznych – dzień, w którym Lekarz pisemnie zalecił Ubezpieczonemu przeprowadzenie operacji,
        - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień, w którym Lekarz zalecił konieczność przeprowadzenia przeszczepu.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która:
   a) ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 66. roku życia oraz
   b) w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ma stałe miejsce zamieszkania na terytorium Polski.
2. Stany chorobowe objęte ubezpieczeniem w zakresie Wirtualnej Konsultacji:

Grupa 1 **Nowotwory**	**Grupa 2** **Choroby sercowo-naczyniowe**
1. Badania w kierunku wystąpienia Nowotworów złośliwych.	1. Badanie w kierunku stwierdzenia choroby wieńcowej I20-I25 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
2. Badania w kierunku wystąpienia Nowotworów in-situ.	2. Badanie w kierunku stwierdzenia niewydolności serca I50 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
3. Badania w kierunku wystąpienia Zmian przednowotworowych w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	3. Badanie w kierunku stwierdzenia arytmii serca I49, I39, I35, I08 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
Grupa 3 **Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego**	**Grupa 4** **Przeszczepy**
1. Badanie stanu chorobowego wpływającego na strukturę ciała w obrębie czaszki, dla którego wskazana może być operacja.	1. Badanie stanu chorobowego, w przypadku którego przeszczep narządu od żywego dawcy można uznać za opcję terapeutyczną.
2. Badanie w kierunku obecności łagodnego guza w rdzeniu kręgowym.	2. Badanie stanu chorobowego, w przypadku którego przeszczep szpiku kostnego można uznać za opcję terapeutyczną.

3. Stany chorobowe objęte ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta:

Grupa 1 **Nowotwory** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. a) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.	**Grupa 2** **Choroby sercowo-naczyniowe** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. b) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
1. Nowotwory złośliwe.	1. Choroba wieńcowa I20-I25 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
2. Nowotwory in-situ.	2. Niewydolność serca I50 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
3. Zmiany przednowotworowe w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	3. Arytmia serca I49, I39, I35, I08 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
Grupa 3 **Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt 4 lit. c) poniżej.	**Grupa 4** **Przeszczepy** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w pkt. 4 lit. d) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
1. Zalecenie wykonania operacji mózgu.	1. Zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żyjącego dawcy.
2. Zalecenie wykonania operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.	2. Zalecenie wykonania Przeszczepu szpiku kostnego.

Definicje Stanów chorobowych z Grupy 1 Nowotwory i Grupy 4 Przeszczepy zawarte są w punkcie 4 poniżej.

4. Stany chorobowe wymagające leczenia objęte ubezpieczeniem w zakresie Leczenia za granicą:

Grupa 1 **Nowotwory** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. a) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.	**Grupa 2** **Choroby sercowo-naczyniowe** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. b) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
1. Nowotwory złośliwe.	1. Zalecenie wykonania Operacji pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego).
2. Nowotwory in-situ.	2. Zalecenie wykonania Wymiany lub naprawy zastawki serca.
3. Zmiany przednowotworowe w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	

Grupa 3 **Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. c poniżej.	Grupa 4 **Przeszczepy** Dokładny zakres chorób objętych ubezpieczeniem jest opisany w lit. d) poniżej, zwróć uwagę za jakie choroby nie ponosimy odpowiedzialności.
1. Zalecenie wykonania operacji mózgu.	1. Zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żyjącego dawcy.
2. Zalecenie wykonania operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.	2. Zalecenie wykonania Przeszczepu szpiku kostnego.

Definicje Stanów chorobowych wymagających leczenia:

a) **Nowotwory:**
   1. **Nowotwory złośliwe**, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujące się niekontrolowanym wzrostem, rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek i inwazją tkanek;
   2. **Nowotwory in situ** ograniczone do nabłonka, z którego pochodzą i nie naciekające zrębu lub otaczających je tkanek;
   3. Wszelkie **przednowotworowe zmiany** w komórkach, sklasyfikowane cytologicznie lub histologicznie jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka.

      Wyłączenia:
      Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
      - Nowotwory współistniejące z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
      - Nieczerniakowe nowotwory skóry niesklasyfikowane histologicznie jako powodujące inwazję poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry).
      - Każde leczenie obejmujące terapię limfocytami CAR-T.

b) **Choroby sercowo-naczyniowe:**
   1. **Operacja pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego)** – poddanie się zgodnie z zaleceniem Lekarza operacji skorygowania zwężenia lub blokady jednej lub kilku tętnic wieńcowych przy użyciu pomostów.

      Wyłączenia:
      Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są choroby wieńcowe leczone technikami innymi niż pomostowanie tętnic wieńcowych, takie jak: angioplastyka, stenty lub jakiekolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

   2. **Wymiana lub naprawa zastawki serca**
      Inwazyjna wymiana lub naprawa jednej lub więcej zastawek serca, niezależnie od tego, czy przeprowadza się ją zgodnie z zaleceniem Lekarza z otwarciem klatki piersiowej, czy minimalnie inwazyjną metodą lub za pomocą cewnika sercowego.

c) **Neurochirurgia:**
   Chirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego obejmująca:
   - w zakresie operacji mózgu: dowolną interwencję chirurgiczną mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych;
   - w zakresie operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego: leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym (medulla spinalis).

d) **Przeszczepy:**
   1. **Przeszczep narządu od żyjącego dawcy** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje od innego żyjącego zgodnego dawcy nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki.

Wyłaczenia:
Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
a) wszelkie przeszczepy wynikające z alkoholowej choroby wątroby,
b) wszelkie przeszczepy przeprowadzane w obrębie tego samego organizmu,
c) wszelkie przeszczepy, w których Ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej,
d) wszelkie przeszczepy od martwego dawcy,
e) wszelkie przeszczepy narządów obejmujące leczenie komórkami macierzystymi,
f) przeszczepy możliwe dzięki zakupowi organów od dawców.

2. **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (BMT) lub komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

   Wyłączenia:
   Z zakresu ubezpieczenia wyłączony jest przeszczep krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z użyciem krwi pępowinowej.

5. Nasza odpowiedzialność dotyczy wyłącznie Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Nieprzerwanym okresie ochrony. W okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach pierwszej Umowy dodatkowej udzielamy ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem, że dla Stanów chorobowych wymagających leczenia, a niespowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem, dla których Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpił w okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a Umowa dodatkowa wygasa. Tego ograniczenia nie stosujemy w razie każdego przedłużenia Umowy dodatkowej.

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

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek i wieku Ubezpieczonego z uwzględnieniem przyjętej częstotliwości opłacania składki.
2. Wysokość Składki za Umowę dodatkową, z uwzględnieniem udzielonych rabatów, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

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

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie Twojego wniosku, za zgodą Ubezpieczonego, po akceptacji przez Nationale-Nederlanden i po opłaceniu należnej Składki.
2. Umowę dodatkową zawieramy na okres:
   a) 1 roku albo
   b) do najbliższej Rocznicy polisy następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową albo w czasie trwania Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 2 b).
4. Umowa dodatkowa jest zawierana na okres maksymalnie do pierwszej Rocznicy polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
5. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
6. Przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej możemy zwrócić się do Ciebie lub osoby, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową z prośbą o:
   a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
   b) poddanie się badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych przez nas Placówkach medycznych.
7. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ubezpieczonego o braku możliwości zawarcia Umowy dodatkowej.
8. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy,
   b) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej,

c) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeśli nie dojdzie do przedłużenia Umowy dodatkowej,
d) z dniem realizacji świadczenia, którego koszt po uwzględnieniu kosztów świadczeń zrealizowanych łącznie w Nieprzerwanym okresie ochrony osiągnie wartość Sumy ubezpieczenia,
e) z dniem, w którym Ubezpieczony zmienił miejsce zamieszkania na miejscowość położoną poza Polską.

Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej możemy zaproponować Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Wraz z propozycją przedłużenia przekażemy także informację o wysokości Składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na okres 1 roku.
4. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na podstawie tych samych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej na podstawie których została zawarta.
5. Jeśli Właściciel polisy nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej, w sposób opisany poniżej, ochrona z tytułu przedłużonej Umowy dodatkowej zacznie się kolejnego dnia po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
6. Nie zaoferujemy przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli wygasła ona z powodu zrealizowania Świadczeń łącznie na kwotę równą Sumie ubezpieczenia.
7. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaże Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 6 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia przekazanej przez Właściciela polisy do Nationale-Nederlanden najpóźniej 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli Właściciel polisy przekaże do Nationale-Nederlanden informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiadania Umów dodatkowych opisanych w Warunkach.
3. Właściciel Polisy może przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Art. 7 Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonemu?

WIRTUALNA KONSULTACJA

1. Z chwilą rozpoczęcia badań w kierunku wykrycia jednego ze Stanów chorobowych wskazanych w Art. 2 punkt 2 Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z Wirtualnej Konsultacji.
2. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji polega na skonsultowaniu za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic podejrzenia wystąpienia Stanu chorobowego wskazanego w Art. 2 punkt 2.
3. W ramach tego świadczenia Ubezpieczony ma prawo w każdym Roku polisowym do 2 konsultacji w odniesieniu do każdej z Grup wymienionych Stanów chorobowych, ze specjalistą z odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, przy czym mogą to być:
   - 2 konsultacje ze specjalistą krajowym lub
   - 1 konsultacja ze specjalistą krajowym i 1 konsultacja ze specjalistą międzynarodowym.
4. Prawo do świadczenia Wirtualnej Konsultacji przysługuje w Nieprzerwanym okresie ochrony. W przypadku rozpoczęcia realizacji świadczenia Leczenia za granicą prawo do świadczenia Wirtualnej Konsultacji w zakresie tego samego stanu chorobowego jest zawieszone do czasu wygaśnięcia Okresu świadczenia usług.

PRZEWODNIK PACJENTA

5. Z chwilą stwierdzenia Stanu chorobowego wskazanego w Art. 2 punkt 3 Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia Przewodnik Pacjenta.
6. Świadczenie Przewodnik Pacjenta polega na udzieleniu Ubezpieczonemu za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic odpowiedzi na pytania związane ze zdiagnozowanym Stanem chorobowym.
7. Świadczenie Przewodnik Pacjenta obejmuje rozmowę wideo z asystentem pacjenta, a następnie raport informujący Ubezpieczonego o wiarygodnych źródłach informacji na temat poruszanych podczas rozmowy wideo tematów.

8. W ramach tego świadczenia Ubezpieczony ma prawo w każdym Roku polisowym do 2 konsultacji w odniesieniu do każdej z Grup wymienionych Stanów chorobowych.
9. Prawo do świadczenia Przewodnik Pacjenta przysługuje w Nieprzerwanym okresie ochrony.

LECZENIE ZA GRANICĄ

10. Z chwilą stwierdzenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia wskazanego w Art. 2 punkt 4 Ubezpieczony nabywa prawo do następujących świadczeń:
    a) Druga Opinia Medyczna przed rozpoczęciem Leczenia za granicą,
    b) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą,
    c) Pokrycie kosztów leczenia po Leczeniu za granicą.
11. **Świadczenie Drugiej Opinii Medycznej** polega na przygotowaniu przez Lekarza konsultanta opinii medycznej dotyczącej Stanu chorobowego wymagającego leczenia na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W tym celu Ubezpieczony dostarcza do nas zgromadzoną dokumentację medyczną, którą tłumaczymy na język, którym posługuje się Lekarz konsultant.
12. Lekarz konsultant przygotowuje opinię dotyczącą postawionej uprzednio przez Lekarza diagnozy na bazie dokumentacji medycznej, na podstawie której została ona postawiona oraz proponuje plan leczenia. Opinię tę tłumaczymy na język polski i przekazujemy Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej wraz z załączoną do niego dokumentacją.
13. Jeżeli w powyższym terminie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii z uwagi na brak niezbędnej do realizacji świadczenia dokumentacji wskazanej w pkt 12, to zostanie ona przekazana Ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, jej przygotowanie będzie możliwe.
14. W przypadku, gdy Lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż ta, która wynika z dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej zapewniamy organizację i pokrycie kosztów sporządzenia dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski.
15. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej Opinii Medycznej. Jeśli jednak Ubezpieczony wystąpił o Drugą Opinię Medyczną przed rozpoczęciem Leczenia za granicą, to nie rozpoczniemy organizacji leczenia do czasu sporządzenia tej opinii.
16. **Świadczenie organizacji i pokrycia kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą** polega na organizacji przez nas i pokryciu kosztów medycznych Leczenia za granicą powstałych w związku z leczeniem Ubezpieczonego oraz organizacji przez nas i pokryciu kosztów niemedycznych powstałych w związku z podróżą i zakwaterowaniem Ubezpieczonego, jego osoby towarzyszącej i ewentualnie żywego dawcy za granicą w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do leczenia na warunkach określonych w Certyfikacie Leczenia. W ramach Umowy dodatkowej pokryjemy do wysokości wskazanej w Art. 8:

    A. Koszty medyczne jakimi są:
        a. Koszty poniesione przez Placówkę medyczną w zakresie:
            - zakwaterowania, wyżywienia i ogólnej opieki pielęgniarskiej w czasie pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale Szpitala lub też na oddziale intensywnej terapii lub obserwacji;
            - innych usług Placówki medycznej (w tym tłumacza medycznego) wynikających z przyjętego planu leczenia zawartego w Certyfikacie Leczenia, a także kosztów dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej, o ile Placówka medyczna świadczy taką usługę;
            - korzystania z sali operacyjnej i wszelkich związanych z tym usług.
        b. Koszty poniesione przez Lekarza w zakresie badania, leczenia, opieki medycznej lub operacji, zgodnie z Certyfikatem Leczenia.
        c. Koszty poniesione w związku z wizytami lekarskimi w czasie hospitalizacji.
        d. Koszty poniesione w związku z następującymi usługami medycznymi, zabiegami lub receptami:
            - znieczulenie i podawanie środków znieczulających przez Lekarza anestezjologa;
            - analizy laboratoryjne, badania patologiczne i prześwietlenia rentgenowskie poprzedzające leczenie, radioterapia, izotopy promieniotwórcze, chemioterapia, elektrokardiogramy, echokardiografia, mielogramy, elektroencefalogramy, angiogramy, tomografia komputerowa i inne podobne badania i zabiegi wymagane przy leczeniu Stanu chorobowego wymagającego leczenia, o ile są one wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem lekarskim;
            - transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy;
            - podawanie tlenu, stosowanie roztworów dożylnych i zastrzyków;
            - radioterapia: promieniowanie wysokoenergetyczne mające na celu zmniejszenie guzów i zabicie komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami to rodzaje promieniowania stosowanego w leczeniu nowotworów, pochodzącego od

urządzeń znajdujących się poza organizmem (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub od materiałów radioaktywnych umieszczonych w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);
- chirurgia rekonstrukcyjna mająca na celu naprawę lub odbudowę struktur uszkodzonych lub usuniętych w czasie wykonywania procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach Umowy dodatkowej.
- leczenie powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi w ramach Umowy dodatkowej, które:
  1. wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub klinice oraz
  2. należy przeprowadzić przed wydaniem zaświadczenia stwierdzającego zdolność Ubezpieczonego do podróży związanej z jego powrotem do Polski po zakończeniu etapu Leczenia za granicą.

e. Koszty poniesione w związku z:
- Lekami podawanymi z przepisu Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w czasie hospitalizacji Ubezpieczonego związanej z leczeniem Stanu chorobowego wymagającego leczenia.
- Lekami przepisanymi przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą na okres nie dłuższy niż 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego etapu Leczenia za granicą, o ile zostały one zakupione przed jego powrotem do Polski.

f. Koszty poniesione w związku z transferami i transportem sanitarnym drogą lądową lub powietrzną, o ile zaleci go Lekarz prowadzący leczenie za granicą.

g. Koszty poniesione w związku z usługami świadczonymi na rzecz żyjącego dawcy w trakcie pobierania przeszczepianego Ubezpieczonemu narządu, obejmującymi:
- koszty analizy i badań mających na celu wyszukanie wśród członków rodziny Ubezpieczonego odpowiedniego dawcy;
- usługi szpitalne świadczone na rzecz dawcy, w tym zakwaterowanie w sali, na oddziale lub w sekcji Szpitala, wyżywienie, ogólne usługi pielęgniarskie, regularną obsługę ze strony personelu szpitalnego, badania laboratoryjne oraz korzystanie z urządzeń i innego wyposażenia Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów użytku osobistego, które nie są potrzebne przy usuwaniu narządu lub tkanki do przeszczepu);
- usługi chirurgiczne i medyczne związane z pobraniem narządu lub tkanki dawcy do przeszczepienia Ubezpieczonemu.

h. Koszty poniesione z tytułu usług i dostawy materiałów do posiewów szpiku kostnego związanych z przeszczepieniem Ubezpieczonemu tkanki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie koszty poniesione od dnia wystawienia Certyfikatu Leczenia.

B. Koszty niemedyczne, jakimi są:

a. Koszty podróży Ubezpieczonego, jednej towarzyszącej mu osoby i ewentualnie żyjącego dawcy w związku z Leczeniem za granicą dotyczące:
- transportu spod adresu stałego miejsca zamieszkania na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy;
- biletu kolejowego lub lotniczego w klasie ekonomicznej do miasta, w którym odbywać się będzie leczenie, i transportu do wyznaczonego hotelu;
- transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala, na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy.
- biletu kolejowego lub lotniczego w klasie ekonomicznej i późniejszego transportu do miasta, w którym Ubezpieczony posiada stałe miejsce zamieszkania.

Objęte Umową dodatkową koszty podróży nie obejmują regularnych transferów z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

b. Koszty zakwaterowania Ubezpieczonego oraz jednej towarzyszącej mu osoby oraz ewentualnie żyjącego dawcy w przypadku przeszczepu w czasie Leczenia za granicą.

Zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania poza Polską pod warunkiem, że jedynym celem podróży jest poddanie się Leczeniu za granicą zgodnie z wydanym przez Partnera assistance Certyfikatem Leczenia. Zajmujemy się organizacją zakwaterowania w ramach każdej objętej Umową dodatkową podróży, w związku z czym nie zwrócimy kosztów zakwaterowania, które zorganizował we własnym zakresie Ubezpieczony lub inna osoba w jego imieniu.

Na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia ustalamy terminy rezerwacji zakwaterowania w ramach każdej podróży objętej Umową dodatkową. Ubezpieczony zostanie o nich poinformowany z odpowiednim wyprzedzeniem, tak by mógł dokonać wszelkich niezbędnych przygotowań.

Dla każdej objętej Umową dodatkową podróży ustalimy datę powrotu, o ile Lekarz prowadzący leczenie za granicą uzna Ubezpieczonego za zdolnego do podróży.

Nie pokryjemy kosztów zmiany terminów ustalonych przez nas podróży i rezerwacji oraz kosztów podróży i rezerwacji w przypadku dokonania takich zmian przez Ubezpieczonego lub inną osobę w jego imieniu.

Zasady organizacji zakwaterowania:

- Rezerwujemy pokoje dwuosobowe z pojedynczymi lub podwójnymi łóżkami w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem. Wybór hotelu będzie uzależniony od dostępności i bliskości Szpitala lub Lekarza prowadzącego w promieniu 10 km.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wyżywienia (poza śniadaniem zapewnionym przez hotel) i poniesionych w hotelu kosztów dodatkowych. Ubezpieczony, osoba towarzysząca i ewentualny żyjący dawca nie może zmieniać standardu hotelu, nawet dopłacając do różnicy w kosztach.

c. Koszty repatriacji

Jeśli w trakcie Leczenia za granicą Ubezpieczony, a w przypadku przeszczepu żyjący dawca, umrze poza Polską, pokryjemy koszty repatriacji zwłok zmarłego do Polski.

Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie usług i świadczeń, które są niezbędne, by zwłoki zmarłego przygotować i przewieźć do Polski, w tym:

- Usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się repatriacją międzynarodową, w tym balsamowanie i wszelkie formalności administracyjne.
- Trumna przewozowa.
- Transport zwłok zmarłego z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku w Polsce.

d. Świadczenie pieniężne w czasie Leczenia za granicą
Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne za każdy dzień pobytu w Szpitalu o ile był on połączony z noclegiem, w wysokości i w limicie wskazanym w Art. 8.

17. **Świadczenie pokrycia kosztów leczenia po Leczeniu za granicą** polega na pokryciu przez nas kosztów Leków oraz pokryciu kosztów Leczenia poszpitalnego po Leczeniu za granicą po powrocie Ubezpieczonego do Polski. W ramach Umowy dodatkowej pokryjemy do wysokości wskazanej w Art. 8:
   A. Koszty Leków zalecanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w związku z kontynuacją leczenia Ubezpieczonego po zakończeniu Leczenia za granicą, a przepisanych przez Lekarza leczącego Ubezpieczonego w Polsce, jeśli spełnione zostaną poniższe warunki:
      - Lek został dopuszczony do obrotu i jest zatwierdzony przez właściwy organ lub instytucję nadzoru w Polsce, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami prawa oraz
      - Lek jest dostępny w sprzedaży w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
        - Lek w Polsce wydaje się z przepisu Lekarza, oraz
        - Zgodnie z rekomendacjami Lekarza prowadzącego leczenie za granicą Lek jest niezbędny do kontynuacji leczenia danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, oraz
        - Lek jest podawany po Leczeniu za granicą, jeżeli Ubezpieczony spędził w Szpitalu co najmniej trzy noce objęte zakresem ochrony ubezpieczeniowej, oraz
        - Recepta nie przekracza dawki przyjmowanej przez 3 miesiące, oraz
        - Recepta jest wystawiona przed końcem danego Okresu świadczenia usług.

      Zakup Leku na terytorium Polski organizuje i opłaca bezpośrednio Ubezpieczony. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty Leku po otrzymaniu stosownej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty. Zwrócimy kwotę, jaką bezpośrednio uiścił Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania zakupu Leków przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

      Jeśli zalecany Lek lub jego równoważny odpowiednik o podobnej skuteczności:
      - nie został dopuszczony do obrotu lub nie został zatwierdzony w Polsce lub
      - nie jest dostępny w sprzedaży lub dla Ubezpieczonego w Polsce oraz
      - wszystkie pozostałe warunki, o których mowa w art. 7 punkt 17A, pozostają spełnione, zwrócone zostaną także koszty Leku zakupionego lub podanego poza Polską. W takim przypadku zorganizujemy dla Ubezpieczonego i jego osoby towarzyszącej niezbędny transport i zakwaterowanie poza Polską.

B. Koszty Leczenia poszpitalnego, jakie Ubezpieczony kontynuował w Polsce po zakończeniu Leczenia za granicą, jeśli spełnione zostaną następujące warunki:
   - Leczenie poszpitalne miało miejsce w jednym ze wskazanych przez Partnera assistance Szpitali oraz
   - Leczenie poszpitalne jest dostępne w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
   - Leczenie poszpitalne jest zgodne z zaleceniami Lekarzy prowadzących leczenie za granicą włączając w to zalecone badania kontrolne.

   Pokrywamy koszty Leczenia poszpitalnego zrealizowanego przed końcem Okresu świadczenia usług,na podstawie faktur wystawionych z tytułu tego leczenia.

   Leczenie poszpitalne na terytorium Polski organizuje i opłaca Ubezpieczony. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty Leczenia poszpitalnego po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu zapłaty.

   W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Leczenia poszpitalnego w Polsce, zasygnalizują w oparciu o zmieniający się stan zdrowia Ubezpieczonego, konieczność zastosowania innych wytycznych dotyczących Leczenia poszpitalnego niż te, które pierwotnie wydał Lekarz prowadzący leczenie za granicą, przekażemy mu je do zatwierdzenia, a po zatwierdzeniu potwierdzimy zwrot tych kosztów według nowo przyjętych wytycznych.

   Zwrócimy kwotę, jaką bezpośrednio uiścił Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania Leczenia poszpitalnego przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

   Na wniosek Ubezpieczonego, możemy również zatwierdzić i zorganizować Leczenie poszpitalne poza granicami Polski. W takim przypadku:
   - Leczenie poszpitalne będzie wykonywane przez Lekarzy prowadzących leczenie za granicą lub ich zespół medyczny.
   - Pokryjemy bezpośrednio medyczne koszty tych konsultacji i badań diagnostycznych.
   - Dla Ubezpieczonego i jego osoby towarzyszącej zorganizujemy niezbędny transport i zakwaterowanie.

18. Świadczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej realizujemy w walucie euro, z zastrzeżeniem punktu 19, 20 i 21.
19. Wszelkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
20. Dzienne świadczenie szpitalne realizujemy w euro na rachunek bankowy Ubezpieczonego. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
21. Zwrot kosztów zakupu Leków w Polsce, zwrot kosztów Leczenia poszpitalnego w Polsce oraz wypłata Świadczenia równego sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, opisanego w Art. 2 ust 5, realizujemy w złotych na rachunek bankowy Ubezpieczonego.
22. Po upływie Okresu świadczenia usług dla Stanu chorobowego wymagającego leczenia z danej grupy ochrona ubezpieczeniowa dla Stanów chorobowych wymagających leczenia w tej grupie wygasa.

Art. 8 Jaka jest Suma ubezpieczenia i limity na poszczególne Świadczenia?

1. Limit świadczeń w zakresie WIRTUALNEJ KONSULTACJI i PRZEWODNIKA PACJENTA

Świadczenia	Limit świadczeń
Wirtualna Konsultacja	• 2 konsultacje na Rok polisowy ze specjalistą krajowym lub • 1 konsultacja na Rok polisowy ze specjalistą krajowym i 1 konsultacja na Rok polisowy ze specjalistą międzynarodowym dla podejrzenia jednego Stanu chorobowego objętego zakresem świadczenia Wirtualna Konsultacja
Przewodnik Pacjenta	2 porady na Rok polisowy dla jednego Stanu chorobowego objętego zakresem świadczenia Przewodnik Pacjenta

2. Suma ubezpieczenia i limity dotyczące LECZENIA ZA GRANICĄ:

    1. Suma ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia
Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej na łączne świadczenia dla Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i żyjącego dawcy w Nieprzerwanym okresie ochrony	2 000 000 euro

    2. Limity dotyczące poszczególnych świadczeń:

Świadczenia	Limit świadczeń
Druga Opinia Medyczna	1 opinia medyczna dla jednego Stanu chorobowego wymagającego leczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – koszty medyczne	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – transport	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – zakwaterowanie	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – repatriacja	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – dzienne świadczenie szpitalne	100 euro za każdy dzień pobytu w Szpitalu w czasie Leczenia za granicą za maksymalnie 60 dni pobytu w Szpitalu w przypadku jednego Stanu chorobowego wymagającego leczenia
Pokrycie kosztów po Leczeniu za granicą	Maksymalnie 50 000 euro
Wypłata w razie Stanów chorobowych wymagających leczenia, dla których Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpił w okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyjątkiem Zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem	Świadczenie równe sumie składek za tę Umowę dodatkową opłaconych do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

Art. 9 Co należy zrobić abyśmy zrealizowali świadczenie?

ŚWIADCZENIE WIRTUALNEJ KONSULTACJI

1. Aby zrealizować Świadczenie Wirtualnej Konsultacji musimy zostać poinformowani poprzez Portal Dbamy bez granic o podejrzeniu wystąpienia Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Wirtualnej Konsultacji. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie www.dbamybezgranic.pl, do czego niezbędne jest podanie adresu e-mail.

2. Do realizacji świadczenia potrzebujemy następującej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego:

Grupa 1
W przypadku stanów chorobowych z grupy 1 potrzebne będą:
- Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (inaczej: zielona karta DiLO) lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia nowotworu lub dokumentująca badanie obecności nowotworu.

Grupa 2
- W przypadku chorób sercowo-naczyniowych grupy 2 potrzebne będą:
  Szybkie skierowanie (cito) do kardiologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie w kierunku diagnozy stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia

lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

Przedłożone dokumenty będą musiały stanowić odniesienie do odpowiedniego kodu ICD wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazanego w Art. 2 punkt 2.

Grupa 3
W przypadku neurochirurgii grupy 3 potrzebne będą:
- skierowanie do poradni neurochirurgicznej od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie stanu chorobowego

lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

Grupa 4
W przypadku przeszczepów grupy 4 potrzebne będą:
- skierowanie do lekarza transplantologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie stanu stanów chorobowych objętych zakresem

lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

3. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji zrealizowane zostanie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
4. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji realizowane jest w języku polskim.

ŚWIADCZENIE PRZEWODNIK PACJENTA

5. Aby zrealizować Świadczenie Przewodnik Pacjenta musimy zostać poinformowani poprzez Portal Dbamy bez granic o zajściu Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie www.dbamybezgranic.pl, do czego niezbędne jest podanie adresu e-mail.
6. Do realizacji świadczenia potrzebujemy następującej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego:

Grupa 1
W przypadku stanów chorobowych z grupy 1 potrzebne będą:
- Wynik badania histopatologicznego wraz z diagnozą onkologa. W przypadku braku możliwości pobrania materiału do takiego badania potrzebne będą wyniki badań fizykalnych, laboratoryjnych lub obrazowych, na podstawie których onkolog postawił diagnozę.

Grupa 2
W przypadku chorób sercowo-naczyniowych grupy 2 potrzebne będą:
- Dokumentacja medyczna wraz z pisemną diagnozą sporządzoną przez kardiologa.

Przedłożone dokumenty będą musiały stanowić odniesienie do odpowiedniego kodu ICD wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazanego w Art. 2 punkt 3.

Grupa 3
W przypadku neurochirurgii grupy 3 potrzebne będą:
- Pisemne wskazanie od Lekarza do przeprowadzenia operacji mózgu lub operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.

Grupa 4
W przypadku przeszczepów grupy 4 potrzebne będą:
Pisemne wskazanie od Lekarza do przeprowadzenia:
- przeszczepu narządu od żywego dawcy
- przeszczepu szpiku kostnego

7. Świadczenie Przewodnika Pacjenta zrealizowane zostanie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
8. Świadczenie Przewodnika Pacjenta realizowane jest w języku polskim.

ŚWIADCZENIE LECZENIA ZA GRANICĄ LUB ŚWIADCZENIE OPISANE W ART. 2 UST. 5

9. Aby zrealizować Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętego ubezpieczeniem. W celu skorzystania ze świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej powinieneś zgłosić ten fakt:
   a) poprzez Portal Dbamy bez granic www.dbamybezgranic.pl po uprzedniej rejestracji, do czego niezbędny jest adres e-mail Ubezpieczonego lub
   b) mailowo na adres dbamybezgranic@trustedoctor.com, lub
   c) osobiście w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden.
10. W przypadku realizacji świadczenia poprzez Portal Dbamy bez granic kontakt i wymiana korespondencji nastąpi drogą elektroniczną, o ile przepisy prawa nie narzucają obowiązku dostarczenia korespondencji pisemnej.
11. Do realizacji świadczenia potrzebujemy dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu Ubezpieczonego lub Lekarzy, Szpitali lub innych Placówek medycznych odpowiedzialnych za leczenie do dnia zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
12. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej powiadomimy Ubezpieczonego, czy zdarzenie jest objęte ochroną ubezpieczeniową oraz o tym, czy dla tego zdarzenia rozpoczął się Okres świadczenia usług. Jeśli Ubezpieczony będzie chciał rozważyć Leczenie za granicą, otrzyma listę polecanych Szpitali, spośród których wybierze jeden, w którym przeprowadzone będzie Leczenie za granicą.
13. Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o poddaniu się Leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z listy Szpitali polecanych do leczenia poczynimy niezbędne przygotowania logistyczne i medyczne dla prawidłowego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala. Nasz Partner assistance wyda Certyfikat Leczenia, który jest ważny tylko dla Leczenia za granicą w wybranym przez Ubezpieczonego Szpitalu.
14. Lista zalecanych Szpitali oraz Certyfikat Leczenia wydawane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili ich wystawienia. Ponieważ stan zdrowia Ubezpieczonego może z czasem się zmienić, oba dokumenty są ważne przez trzy miesiące.
15. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wybierze Szpitala z listy zalecanych Szpitali lub nie rozpocznie leczenia w zatwierdzonym Szpitalu wskazanym w Certyfikacie Leczenia w ciągu trzech miesięcy od jego wystawienia, to na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego mogą zostać wydane zaktualizowane wersje tych dokumentów.

16. Zorganizujemy proces Leczenia za granicą i przejmiemy koszty objęte zakresem Umowy dodatkowej oraz podejmiemy niezbędne starania związane z organizacją podróży i zakwaterowania, o których mowa w Art. 7 z zastrzeżeniem ograniczeń, wyłączeń i warunków wyszczególnionych w Art. 7, 8 i 10.
17. W przypadku, gdy powrót do Polski po zakończeniu Leczenia za granicą nastąpi przed końcem Okresu świadczenia usług przedstawimy Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące korzystania ze świadczeń po powrocie z Leczenia za granicą. Wytyczne te będą oparte na zaleceniach Lekarzy prowadzących leczenie za granicą i objęte są zakresem Świadczenia pokrycia kosztów leczenia po Leczeniu za granicą.
18. Zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego po Leczeniu za granicą może spowodować, że konieczne będzie przeprowadzenie nowej oceny dotyczącej dalszego leczenia Ubezpieczonego. Jeśli nie upłynął Okres świadczenia usług dla danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, Ubezpieczony będzie mógł skontaktować się z nami w celu weryfikacji tej oceny, w oparciu o aktualny stan zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy potwierdzimy, że dalsze leczenie jest wymagane, Partner assistance wystawi nowy Certyfikat Leczenia, zawierający listę zalecanych Szpitali i potencjalnego Leczenia za granicą. Ocena może wymagać ponownego skorzystania z usługi Drugiej Opinii Medycznej, o czym poinformujemy Ubezpieczonego. Zorganizujemy i pokryjemy koszty ponownego Leczenia za granicą wynikające z nowego Certyfikatu Leczenia do końca trwania danego Okresu świadczenia usług.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia w zakresie Leczenia za granicą?

1. Nie zrealizujemy świadczenia Leczenia za granicą, jeśli Stan chorobowy wymagający leczenia jest następstwem:
   a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach Umowy dodatkowej,
   b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
   c) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   d) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   e) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: alkoholowa choroba wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki wywołane alkoholem, alkoholowe zapalenie żołądka, kardiomiopatia alkoholowa, miopatia alkoholowa, polineuropatia alkoholowa, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane użyciem alkoholu,
   f) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego spowodowanym przez broń lub urządzenie wykorzystujące energię rozszczepienia jądrowego lub radioaktywność.
2. Nie zrealizujemy Świadczenia leczenia za granicą, jeśli Ubezpieczony:
   a) w trakcie lub po zakończeniu rozpatrywania przez nas wniosku o Świadczenie nie zastosował się do porad, zaleceń lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego lub
   b) odmówił poddania się leczeniu lub dodatkowej analizie diagnostycznej lub badaniom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia,
   c) w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie mieszka na terytorium Polski lub w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego ponad 183 dni przebywał poza terytorium Polski.
3. Umowa dodatkowa nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów leczenia:
   a) chorób nie wymienionych w Art. 2 oraz Chorób rozpoznanych, leczonych w okresie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyjątkiem tych, które są następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
   b) obejmującego terapię genową, somatyczną terapię komórkową, terapię inżynierii tkankowej i terapię limfocytami CAR-T,
   c) eksperymentalnego, a także procedur diagnostycznych, terapeutycznych lub chirurgicznych, których bezpieczeństwo i niezawodność nie zostały powszechnie uznane przez międzynarodową społeczność naukową,
   d) które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia przy leczeniu danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętego zakresem Umowy dodatkowej,
   e) alternatywnego,
   f) innymi metodami niż zalecany przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą przeszczep,
   g) rehabilitacji, w tym: fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii językowej i logopedycznej,
   h) powikłań lub Chorób będących bezpośrednim następstwem procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, z wyjątkiem Stanów chorobowych wymagających leczenia objętych ochroną z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Jeśli chodzi o zwrot kosztów Leków nie pokryjemy:
   a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
   b) kosztów podania Leku,
   c) zakupu Leków poza Polską, chyba że zostanie to uprzednio z nami uzgodnione.

5. W przypadku kosztów Leczenia poszpitalnego, nie pokryjemy:
   a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
   b) wszelkich kosztów poniesionych niezgodnie z wytycznymi zawartymi w Certyfikacie Leczenia lub nieuzgodnionych z nami.
6. Koszty, które nie są objęte zakresem Leczenia za granicą w ramach Umowy dodatkowej:
   a) wszelkie koszty poniesione w wyniku lub w związku z wszelkiego rodzaju procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub receptami na terytorium Polski z wyjątkiem kosztów zakupu Leków i kosztów Leczenia poszpitalnego opisanych w Art. 7, chyba, że zajdzie okoliczność wskazana w punkcie 7,
   b) wszelkie koszty poniesione przed wydaniem Certyfikatu Leczenia,
   c) wszelkie koszty poniesione poza danym Okresem świadczenia usług,
   d) wszelkie koszty poniesione w Szpitalu innym niż zatwierdzony i wymieniony w Certyfikacie Leczenia,
   e) wszelkie koszty poniesione niezgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy dodatkowej,
   f) wszelkie koszty poniesione w związku z pobytem w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, uzdrowiskach, leczeniem w klinikach medycyny naturalnej, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki lub korzystaniem ze świadczeń na terenie ośrodka lub instytucji rehabilitacyjnej, hospicjum lub domu spokojnej starości, nawet jeśli jest to wymagane lub niezbędne z punktu widzenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia,
   g) wszelkie koszty zakupu lub wypożyczenia wszelkiego rodzaju protez lub sprzętu ortopedycznego, gorsetów, bandaży, kul, protez, sztucznych urządzeń zastępujących część lub całość narządów lub ich funkcji, peruk (nawet jeśli ich użycie uważa się za niezbędne podczas chemioterapii), obuwia ortopedycznego, sztucznych szczęk, soczewek korygujących, okularów korekcyjnych, pasów przepuklinowych i innego podobnego sprzętu lub przedmiotów z wyjątkiem protez piersi po operacji mastektomii oraz protez zastawek serca potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej,
   h) wszelkie koszty zakupu lub wypożyczenia wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i innych podobnych przedmiotów lub sprzętu,
   i) koszty Leków nabytych poza uprawnionymi do ich sprzedaży aptekami, punktami aptecznymi, nawet jeśli są przepisane przez Lekarza oraz tych Leków, które są dostępne bez recepty,
   j) wszelkie koszty związane z korzystaniem z Leczenia alternatywnego, nawet jeśli takie korzystanie ma miejsce z przepisu Lekarza,
   k) wszelkie koszty opieki zdrowotnej lub odosobnienia w przypadku zmian otępiennych, które wywołuje podeszły wiek lub Zaburzeń poznawczych, niezależnie od stanu zaawansowania,
   l) koszty tłumacza ustnego z wyjątkiem tych związanych z leczeniem w Placówce medycznej w trakcie Leczenia za granicą, rozmów telefonicznych i innych opłat związanych z przedmiotami użytku osobistego lub nie mającymi charakteru medycznego świadczonych na rzecz Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i żyjącego dawcy,
   m) wszelkie wydatki poniesione przez Ubezpieczonego lub osobę towarzyszącą lub żywego dawcę, z wyjątkiem tych, które są objęte zakresem naszej odpowiedzialności,
   n) wszelkie koszty zakwaterowania lub transportu zorganizowanego przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub żyjącego dawcę.
7. Jeśli na skutek działania Siły wyższej nie będzie możliwe zorganizowanie Leczenia za granicą to zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia w Polsce w takim samym zakresie, jakby to miało miejsce za granicą pod warunkiem, że:
   a) realizacja świadczeń w Polsce nie będzie niemożliwa ze względu na działanie Siły wyższej w Polsce oraz
   b) realizacja leczenia zgodnie z założonym planem leczenia będzie możliwa w Polsce.

   W przypadku leczenia w Polsce pokryjemy te koszty medyczne wskazane w Artykule 7 punkt 16A, które nie będą sfinansowane przez powszechny system zdrowotny. Leczenie w Polsce będzie realizowane do czasu ustąpienia działania siły wyższej, tak aby można było przeprowadzić leczenie poza Polską.

Art. 11 Zastosowanie Warunków umowy podstawowej

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków umowy podstawowej, z zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie podlega indeksacji. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Warunkach umowy dodatkowej mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach umowy podstawowej.

Art. 12 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 60/2025 z dnia 29 kwietnia 2025 r., wchodzą w życie z dniem 8 maja 2025 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – zdrowie psychiczne

OWU/MH12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

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

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Informacje dotyczące: Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – zdrowie psychiczne nr OWU/MH12/1/2025

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 6, Art. 8, Art. 10, Załącznik nr 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 7, Art. 8, Art. 9, Art. 11, Załącznik nr 1
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – zdrowie psychiczne

nr OWU/MH12/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie zrealizujemy wypłatę Świadczenia lub Świadczenie medyczne, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Jakie są definicje innych pojęć?

1. **Centrum operacyjne** to podmiot zewnętrzny, zajmujący się w naszym imieniu przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych.
2. **Lekarz prowadzący** to lekarz, który prowadzi Twoje leczenie i nie jest członkiem Twojej rodziny.
3. **Limit Świadczeń medycznych** to limit ilościowy lub kwotowy wskazany w Zakresie Świadczeń medycznych dla każdego Świadczenia medycznego lub grupy Świadczeń medycznych.
4. **Placówka medyczna** to działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, udzielający Świadczeń medycznych w Polsce.
5. **Pobyt w szpitalu** to udokumentowany pobyt w Szpitalu, który służy wyleczeniu lub ograniczeniu skutków Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u Ciebie. Pobyt w szpitalu musi być udokumentowany w sposób, który opisaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia. Za Pobyt w szpitalu uznajemy również pobyt przerwany Twoją nieobecnością w Szpitalu. Na tę nieobecność musi jednak zgodzić się lekarz (Przepustka). Może ona trwać maksymalnie do 72 godzin. Za okres Pobytu w szpitalu uznajemy również:
   - pobyt na oddziale dziennym,
   - dni, w których nie są prowadzone zajęcia terapeutyczne.

   Zgodnie z Umową dodatkową pierwszy dzień Pobytu w szpitalu to dzień przyjęcia do Szpitala. Ostatni dzień Pobytu w szpitalu to dzień wypisu.
6. **Świadczenie** to pieniądze, które Ci wypłacimy w razie Pobytu w szpitalu wskutek Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, który trwał min. 11 dni.
7. **Świadczenie medyczne** to wsparcie psychologiczne, porada lekarska, badanie laboratoryjne lub Transport medyczny, które wymieniliśmy w Zakresie Świadczeń medycznych.
8. **Szpital** to publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie. Zakład ten musi:
   - dysponować odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym,
   - zatrudniać przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym i wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską,
   - gromadzić pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta.

   Zgodnie z tą Umową dodatkową Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
9. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą wskazaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić w razie Pobytu w Szpitalu wskutek Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Wysokość Sumy ubezpieczenia określona jest podczas wypełniania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej przez Właściciela polisy.
10. **Transport medyczny** to transport, który jest realizowany odpowiednim dla Twojego stanu zdrowia środkiem transportu. Ubezpieczenie nie obejmuje Transportu medycznego z ośrodka opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka rehabilitacji, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego, zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego ani szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego oraz Transportu medycznego na wizyty kontrolne.
11. **Umowa dodatkowa** to „Umowa dodatkowa – zdrowie psychiczne". Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.

12. **Umowa podstawowa** to Umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie, wraz z którą zawierana jest lub do której dokupowana jest Umowa dodatkowa.
13. **Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania** to zaburzenie wymienione w grupie F wg ICD-10, czyli Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Wyłączone są zaburzenia o kodach F10-F19 w przypadku ubezpieczonych powyżej 18 roku życia.
14. **Zakres Świadczeń medycznych** to lista Świadczeń medycznych, które Ci przysługują oraz zasady ich realizacji. Określiliśmy je w Załączniku do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
15. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to podejrzenie lub wystąpienie Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, lub Pobyt w szpitalu związany z nimi.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 3. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które wystąpiło w okresie ochrony.
2. Jesteś objęty ochroną w sytuacji:
   a) Podejrzenia wystąpienia Zaburzenia psychicznego i zaburzenia zachowania. Dniem wystąpienia tego zdarzenia jest dzień kontaktu z Centrum operacyjnym i umówienie na konsultację z psychologiem.
   b) Wystąpienia Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, które są potwierdzone dokumentem medycznym wystawionym przez Lekarza pierwszego kontaktu lub Lekarza psychiatrę. Dniem wystąpienia tego zdarzenia jest dzień postawienia diagnozy. Zdiagnozowana choroba musi być zgodna z definicją Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, która jest w Ogólnych Warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
   c) Pobytu w szpitalu wskutek Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, który trwa min. 11 dni. Dniem wystąpienia tego zdarzenia jest pierwszy dzień Pobytu w szpitalu.
3. Obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca Twojego pobytu. Jednak Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie w Polsce.

Art. 4 Jakie Świadczenie medyczne zrealizujemy w ramach tej Umowy dodatkowej?

1. Organizujemy i pokrywamy koszty Świadczeń medycznych w razie podejrzenia wystąpienia lub wystąpienia u Ciebie w okresie ochrony Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.
2. Zrealizujemy Świadczenia medyczne, które są wymienione w Załączniku do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W tym załączniku znajdziesz informację o dostępnych dla Ciebie usługach oraz terminach ich realizacji.
3. Świadczenia medyczne wykonasz w Placówkach medycznych, które wskaże Ci Centrum operacyjne. Są one realizowane na terenie Polski.
4. Możesz skorzystać z poniższych Świadczeń medycznych:
   a) w przypadku podejrzenia wystąpienia Zaburzenia psychicznego i zaburzenia zachowania jesteś uprawniony do świadczeń diagnostycznych w postaci:
      - Konsultacji psychologa (1 wizyta).
      - Konsultacji specjalistycznych (lekarz internista / pediatra + lekarze 24 specjalizacji, także dziecięcych).
      - Badań diagnostycznych (TSH, Glukoza, Insulina, Lipidogram, Mocz ogólny, OB, CRP, fT3, fT4, Żelazo, Magnez, Sód, Potas, Ferrytyna, Transferyna, Kwas foliowy, Witamina D, Witamina B12, Kortyzol, Prolaktyna, Homocysteina, Testosteron całkowity, Testosteron wolny).
   b) W przypadku wystąpienia Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania możesz skorzystać z:
      - Konsultacji psychologa (15 wizyt – telekonsultacja lub wizyta stacjonarna).
      - Konsultacji psychiatry (5 wizyt – telekonsultacja lub wizyta stacjonarna).
      - Psychoterapii, w tym terapii rodzinnej i terapii par. Pokrywamy koszt wizyt do 10 000 zł. Każdą kolejną konsultację po wyczerpaniu limitu, pokryjemy w wysokości do 50 % kosztów, ale nie więcej niż 150 zł za każdą wizytę.
      - Transportu medycznego. Zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu medycznego:
        - Z miejsca Twojego pobytu do Placówki medycznej wskazanej przez Lekarza prowadzącego. Dotyczy to sytuacji, gdy wymagany jest Twój pobyt lub wizyta w Placówce medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego – Twój stan zdrowia wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu medycznego.
        - Z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej. Dotyczy to sytuacji, gdy masz skierowanie na badania specjalistyczne w innej Placówce medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego – Twój stan zdrowia wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu medycznego.

- Do miejsca Twojego pobytu, gdy przebywasz w Placówce medycznej. Dotyczy to sytuacji, gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego Twój stan zdrowia wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu medycznego.

c) W przypadku kryzysu emocjonalnego- zapewniamy wsparcie psychologa lub psychiatry (5 razy w okresie ochrony). Zapewniamy Ci także wsparcie w sytuacji, która wymaga interwencji rodzinnej. Kryzys emocjonalny to stan psychiczny, który charakteryzuje się intensywnym stresem, lękiem, smutkiem lub innymi silnymi emocjami, które przekraczają Twoje zdolności do samodzielnego radzenia sobie z nimi.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy zrealizowali Świadczenie medyczne?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń medycznych zadzwoń do Centrum operacyjnego na numer telefonu: +48 22 558 60 38. Numer telefonu znajduje się też na naszej stronie internetowej.
2. Podczas rozmowy poprosimy Cię o podanie danych niezbędnych do weryfikacji Twoich uprawnień do korzystania ze Świadczeń medycznych:
   a) imię i nazwisko,
   b) numer polisy,
   c) numer telefonu,
   d) rodzaj świadczenia, o które wnioskujesz.
3. Możemy też Cię poprosić o podanie okoliczności i przyczyn Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także o przesłanie potrzebnych nam dokumentów, żeby wyjaśnić, co dokładnie się stało.

Art. 6 Kiedy zrealizujemy Świadczenie medyczne?

1. Zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeśli w okresie ochrony:
   a) zajdzie u Ciebie Zdarzenie ubezpieczeniowe i
   b) zaakceptujemy Twój wniosek o realizację Świadczenia medycznego.
2. Świadczenie medyczne zostanie zrealizowane w terminie, który wskazaliśmy w Załączniku do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Mogą zdarzyć się sytuacje, w których ten termin będzie późniejszy, o ile taka będzie Twoja decyzja i uzgodnisz to z Centrum operacyjnym.
3. Ze Świadczeń medycznych możesz korzystać do wysokości Limitu Świadczeń medycznych.
4. Listę Świadczeń medycznych i terminy ich realizacji opisaliśmy w Załączniku do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
5. W sytuacji, gdy z przyczyn, które leżą po stronie Centrum operacyjnego, nie będziemy w stanie zrealizować Świadczenia medycznego w terminach określonych w Załączniku do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, Centrum operacyjne zaproponuje Ci zwrot kosztów Świadczenia medycznego zrealizowanego w placówce innej niż Placówka medyczna. Koszty powinny być wcześniej uzgodnione z Centrum operacyjnym.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia medycznego?

1. Nie zrealizujemy Świadczenia medycznego, jeżeli Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są spowodowane:
   a) zaistnieniem katastrof naturalnych, w związku z którymi na danym obszarze został ogłoszony stan klęski żywiołowej,
   b) leczeniem eksperymentalnym, które nie zostało potwierdzone badaniami,
   c) nieprzestrzeganiem zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie.
2. Nie zrealizujemy Świadczenia medycznego ani nie zwrócimy jego kosztów, jeśli będzie ono wykonane na Twoje zlecenie bez uzgodnienia tego wcześniej z Centrum operacyjnym.

Art. 8 Jakie są warunki i jaką kwotę wypłacimy Ci w przypadku pobytu w Szpitalu?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie jeśli:
   a) w okresie ochrony wystąpi u Ciebie Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania, którego wynikiem będzie Pobyt w Szpitalu i
   b) pobyt ten będzie trwał min. 11 dni oraz
   c) zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Kwota Świadczenia jest równa Sumie ubezpieczenia.
3. Wypłata Świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym wygaśnięciem Umowy dodatkowej.
4. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie za Pobyt w szpitalu.

Art. 9 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. Jeżeli Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania:
   a) były powodem Pobytu w szpitalu i
   b) wystąpiły u Ciebie w czasie trwania tej Umowy dodatkowej,
   poinformuj nas o tym. Złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy od Ciebie potrzebowali też:
   a) Kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość. Jeśli wniosek został złożony w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden, możemy zweryfikować Twoją tożsamość na podstawie mobilnego dokumentu mDowód.
   b) Dokumentów medycznych, które potwierdzą zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, na przykład:
      - Karty informacyjnej leczenia szpitalnego.
      - Innego dokumentu, który potwierdzi wystąpienie Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.
      - Innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych dotyczących zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty Świadczenia. Poprosimy Cię o nie, jeśli będziemy ich potrzebować.

Art. 10 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak dostaniemy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności w tym terminie, Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 14 dni, od kiedy przy zachowaniu należytej staranności to ustalenie było możliwe.

Art. 11 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są spowodowane:
   a) popełnieniem przez Ciebie lub usiłowaniem popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) wprowadzeniem i występowaniem stanu wyjątkowego, stanu wojennego, wojny lub działań wojennych.
2. Jeżeli jesteś osobą pełnoletnią to nie wypłacimy Świadczenia także w sytuacji, jeżeli Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są spowodowane:
   a) pozostawaniem przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, o ile nie zostały zalecone przez Lekarza, lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem leków, które zażywasz na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony).
   b) chorobami będącymi skutkiem spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Art. 12 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. Jeśli dokupujesz Umowę dodatkową, to ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu rozpocznie się pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.
4. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić Cię o:
   a) Informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia.
   b) Dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem Twojego zdrowia przed zawarciem tej Umowy dodatkowej.
   c) Poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych). Odbędą się one w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.
   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że nie zawrzemy Umowy dodatkowej.

7. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy. W tym celu prześlemy mu Dokument ubezpieczenia.

Art. 13 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na 1 rok albo
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy podstawowej następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.

Art. 14 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, jeśli zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, na których została zawarta.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, został mniej niż 1 rok, to nie przedłużymy tej umowy na kolejny okres.
4. Umowa dodatkowa nie przedłuży się, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 15 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej;
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
   c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy;
   d) z dniem wypłaty Świadczenia;
   e) z dniem rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 16 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek. Wysokość składki obliczamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, Twojego wieku oraz należnych zniżek.
2. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 17 Jak są stosowane Warunki Umowy podstawowej?

1. W sprawach, których nie regulują Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej, stosujemy odpowiednie postanowienia z Warunków Umowy podstawowej.
2. W tym dokumencie znajdziesz słowa, które zapisaliśmy wielką literą, a których nie zdefiniowaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W takich przypadkach mają one znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 18 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 79/2025 z 29 lipca 2025 r. Obowiązują one od 25 września 2025 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik – Zakres Świadczeń medycznych

do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – zdrowie psychiczne nr OWU/MH12/1/2025

1. Limity Świadczeń medycznych

Świadczenie medyczne	Limit Świadczeń medycznych na 1 zdarzenie[1]
WSTĘPNA KONSULTACJA	
Konsultacja psychologa (wizyta stacjonarna / telekonsultacja)	**1 wizyta**
Konsultacje specjalistyczne (wizyta stacjonarna / telekonsultacja) lekarz internista / pediatra + lekarze 24 specjalizacji (włączając dziecięce) Konsultacja z lekarzem specjalistą jest na zlecenie Lekarza psychiatry realizującego Świadczenie medyczne w ramach Umowy dodatkowej. • Alergolog • Chirurg • Dermatolog • Diabetolog • Dietetyk • Endokrynolog • Gastrolog • Ginekolog • Hematolog • Hepatolog • Kardiolog • Kardiochirurg • Laryngolog • Lekarz rehabilitacji • Nefrolog • Neurochirurg • Neurolog • Okulista • Onkolog • Ortopeda • Otolaryngolog • Pulmonolog • Reumatolog • Urolog	**5 wizyt**
Pakiet badań diagnostycznych: TSH, Glukoza, Insulina, Lipidogram, Mocz ogólny, OB, CRP, fT3, fT4, Żelazo, Magnez, Sód, Potas, Ferrytyna, Transferyna, Kwas foliowy, Witamina D, Witamina B12, Kortyzol, Prolaktyna, Homocysteina, Testosteron całkowity, Testosteron wolny. Pojedynczy pakiet może obejmować wiele badań. Badania musi zlecić psychiatra lub lekarz realizujący Świadczenie medyczne w ramach Umowy dodatkowej.	**5 zleceń (jedno zlecenie może obejmować wiele badań)**
WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE	
Konsultacja psychologa (wizyta stacjonarna / telekonsultacja)	**15 wizyt**
Konsultacja psychiatry (wizyta stacjonarna / telekonsultacja)	**5 wizyt**
Psychoterapia (wizyta stacjonarna / telekonsultacja) (w tym terapia rodzinna i terapia par)	**10 000 zł** **dodatkowo: kolejne konsultacje z 50% pokryciem kosztów ze strony Centrum operacyjnego, nie więcej niż 150 zł na każdą wizytę**
Transporty medyczne	**1 500 zł**
INTERWENCJA KRYZYSOWA	
wsparcie psychologa lub psychiatry **w kryzysie emocjonalnym** (w tym interwencja rodzinna) (wizyta stacjonarna / telekonsultacja)	**5 razy w roku**

2. Terminy realizacji Świadczeń medycznych

Świadczenie medyczne	Termin realizacji świadczenia od daty zgłoszenia do Centrum operacyjnego
Konsultacja psychologa / psychoterapeuty	wizyta stacjonarna – do 10 dni roboczych[1]
	telekonsultacja – do 5 dni roboczych[1]
Konsultacja lekarza psychiatry	wizyta stacjonarna – do 10 dni roboczych[1]
	telekonsultacja – do 5 dni roboczych[1]
Konsultacja lekarza internisty / pediatry, lekarza specjalisty za wyjątkiem neurochirurga, hematologa, hepatologa, pulmonologa	wizyta stacjonarna – do 10 dni roboczych[1]
	telekonsultacja – do 5 dni roboczych[1]
Konsultacja lekarza neurochirurga, hematologa, hepatologa, pulmonologa	wizyta stacjonarna – do 12 dni roboczych[1]
	telekonsultacja – do 5 dni roboczych[1]
Badania laboratoryjne (pobranie materiału)	wizyta stacjonarna – do 3 dni roboczych

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

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Diagnoza cukrzycy

OWU/DX12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:
Diagnoza cukrzycy
nr OWU/DX12/1/2025 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Diagnoza cukrzycy

nr OWU/DX12/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DX12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Diagnoza cukrzycy nr OWU/DX12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **Suma ubezpieczenia** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy wysokość Świadczenia.
2. **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Diagnozy cukrzycy.
3. **Cukrzyca typu 1** – choroba o etiologii autoimmunologicznej, prowadząca do bezwzględnego niedoboru insuliny, powodująca konieczność stałego jej stosowania. Zakresem ubezpieczenia objęte są tylko te przypadki, w których diagnostyka, rozpoznanie i leczenie cukrzycy insuliną rozpoczęły się Nieprzerwanym okresie ochrony.
4. **Cukrzyca typu 2** – choroba metaboliczna, wymagająca leczenia, charakteryzująca się wysokim stężeniem glukozy we krwi oraz opornością na insulinę lub jej względnym niedoborem i wymagająca leczenia. Zakresem ubezpieczenia objęte są tylko te przypadki, w których diagnostyka, rozpoznanie i leczenie cukrzycy rozpoczęły się w Nieprzerwanym okresie ochrony.
5. **Diagnoza cukrzycy** – rozpoznanie przez Lekarza w Nieprzerwanym okresie ochrony Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Rozpoznanie danego rodzaju cukrzycy musi być wskazane w sposób jednoznaczny przez Lekarza w dokumentacji medycznej. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne postacie cukrzycy, w tym także postacie związane z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki, nawet wtedy, gdy wymagają stałego leczenia insuliną.
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.
7. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich kolejnych, przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
8. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa – Diagnoza cukrzycy.
9. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Diagnoza cukrzycy u Ubezpieczonego, której diagnostyka, rozpoznanie i leczenie zostało rozpoczęte w Nieprzerwanym okresie ochrony.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. Zakres ochrony obejmuje Diagnozę cukrzycy, której diagnostyka, rozpoznanie i leczenie zostało rozpoczęte w Nieprzerwanym okresie ochrony.

Art. 3 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia i wieku Ubezpieczonego. Na wysokość Składki może mieć wpływ stan zdrowia Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty Świadczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Art. 5 Czy można kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Świadczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 6 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się o:
   a) przekazanie aktualnych badań, opinii lekarza prowadzącego, itp.
   b) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   c) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych.
3. Obniżenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony w ramach Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
5. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
6. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Diagnozy cukrzycy?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą Diagnozy cukrzycy.
2. Świadczenie, które wypłacimy równe jest Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu Diagnozy cukrzycy, z wyjątkiem przypadku gdy zlecona przez Lekarza diagnostyka podwyższonego poziomu cukru we krwi lub Diagnoza cukrzycy nastąpiły w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej.
3. W przypadku gdy zlecona przez Lekarza diagnostyka podwyższonego poziomu cukru we krwi lub Diagnoza cukrzycy nastąpią przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej wypłacimy Świadczenie równe sumie składek opłaconych za tę Umowę dodatkową. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej.
4. Za dzień Diagnozy cukrzycy uznaje się dzień postawienia przez Lekarza jednoznacznej diagnozy cukrzycy objętej zakresem Umowy dodatkowej.

Art. 8 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Prawo do Świadczenia przysługuje, jeżeli Diagnoza cukrzycy wystąpi w w Nieprzerwanym okresie ochrony.
2. Aby otrzymać Świadczenie należy złożyć wniosek wraz z następującymi dokumentami:
   a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
   b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań potwierdzającymi Diagnozę cukrzycy,
   c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
   a) w celu określenia, czy zdiagnozowana choroba jest objęta ubezpieczeniem,
   b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.
4. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli cukrzyca objęta zakresem Umowy dodatkowej została spowodowana lub jest następstwem:

   a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
   b) spożywania alkoholu.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Diagnoza cukrzycy – Refundacja leków na cukrzycę

ANEKS/LU12/1/2020

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Wejdź na stronę
lekinacukrzyce.pl
lub zadzwoń na infolinię
(42) 612 09 94

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Refundacja leków na cukrzycę

Ogólne warunki ubezpieczenia to zestaw zasad, w ramach których zbudowaliśmy ubezpieczenie. Znajdziesz w nich wszelkie informacje dotyczące tego, jak działa Refundacja leków na cukrzycę.

Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną, która dotyka coraz więcej osób. W momencie diagnozy każdy zadaje sobie pytanie „I co teraz?". Wiemy, że z cukrzycą można prowadzić normalne życie. Trzeba jednak skonsultować się z wieloma specjalistami i ustalić m.in. odpowiedni zestaw leków, odpowiednią dietę.

W odpowiedzi na te potrzeby przygotowaliśmy dodatkowe świadczenie Refundacja leków na cukrzycę, o które można rozszerzyć zakres umowy dodatkowej Diagnoza cukrzycy. Dzięki temu otrzymasz wsparcie finansowe na zakup pasków do glukometrów oraz leków na cukrzycę.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniu

Ubezpieczenie obejmuje:

Refundację pasków do glukometrów i leków w przypadku diagnozy:

Cukrzycy typu 1

Cukrzycy typu 2

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne postacie cukrzycy, w tym także postacie związane z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki, nawet wtedy, gdy wymagają stałego leczenia insuliną.

Wypłata z ubezpieczenia:

Do 90 dni trwania ubezpieczenia

W przypadku gdy lekarz zleci diagnostykę podwyższonego poziomu cukru we krwi lub postawi diagnozę cukrzycy **przed upływem 90 dni** od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, **wypłacimy Świadczenie** równe sumie składek opłaconych z tytułu Aneksu – Refundacja leków na cukrzycę. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku jego przedłużenia.

Po 90 dniach trwania ubezpieczenia

Po 90 dniach od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności w ramach Aneksu – Refundacja leków na cukrzycę, **przez okres 24 miesięcy będziemy pokrywać koszty zakupu leków bądź zamienników leków przepisanych przez lekarza w celu leczenia zdiagnozowanej u Ciebie cukrzycy oraz pasków do glukometrów.**
Refundacja obejmuje wszystkie leki wskazane w Zakresie leków oraz paski do glukometrów do kwoty 100 000 zł.

nationale nederlanden

Twoje życie jest ważne

Najważniejsze pytania i odpowiedzi:

Jak działa ubezpieczenie?

Oferta jest dedykowana dla osób, które są zdrowe, jednak w związku z czynnikami środowiskowymi, jak i odziedziczonymi predyspozycjami genetycznymi, mogą być zagrożone zachorowaniem na cukrzycę. Daje im możliwość zapewnienia sobie wsparcia finansowego na leki na cukrzycę i paski do glukometru.

Czy jest limit wypłat?

Refundacja leków na cukrzycę obowiązuje przez okres 24 miesiecy od zgłoszenia diagnozy cukrzycy lub do kwoty 100 000 zł. W zależności, które będzie pierwsze.

Na jaki czas zawierany jest aneks?

Aneks Refundacja leków na cukrzycę zawierany jest wraz z umową dodatkową Diagnoza cukrzycy, na cały okres jej trwania.

Kto może rozszerzyć umowę Diagnoza cukrzycy o Refundację leków na cukrzycę?

Umowę może rozszerzyć osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.

Czy osoba chora na cukrzycę może rozszerzyć umowę Diagnoza cukrzycy o Refundację leków na cukrzycę?

Nie, umowę może rozszerzyć tylko osoba zdrowa.

Jakie zmiany mogę robić w ramach umowy?

W czasie trwania umowy nie można dokonywać zmian.

Co zrobić, kiedy podejrzewasz u siebie cukrzycę?

Przede wszystkim udaj się do lekarza. W rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia za dzień diagnozy cukrzycy uznaje się dzień postawienia ostatecznej diagnozy przez Lekarza.

Jakie formy może mieć refundacja?

- Bezgotówkowa refundacja leków – przy zakupie, w jednej ze wskazanych aptek, podajesz swój Identyfikator lekowy,
- Refundacja gotówkowa – sam płacisz za leki, a my zwrócimy Ci ich koszt.

W jaki sposób skorzystać z Refundacji leków na cukrzycę?

- Aby skorzystać z Refundacji leków na cukrzycę należy złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Diagnozy cukrzycy w ramach umowy dodatkowej Diagnoza cukrzycy.
- Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku otrzymasz od nas Identyfikator Lekowy. Możesz przy płatności skorzystać z niego lub sam zapłacić, a my zwrócimy Ci koszty (wypłacimy świadczenie).

Jak skorzystać z Identyfikatora Lekowego?

Po okazaniu go w aptece płatność zostanie pomniejszona o koszt wszystkich leków, które zostały przepisane przez lekarza i mieszczą się w wykazie leków stanowiącym załącznik do OWU (refundacją objęte są także paski do glukometrów). Aktualny wykaz leków dostępny jest również w Aplikacji na stronie lekinacukrzyce.pl.
W aptece, oprócz Identyfikatora lekowego, należy w czasie zakupu okazać:

- ważną receptę na Lek, lub
- wydruk informacyjny potwierdzający otrzymanie elektronicznej recepty na Lek, lub
- kod odbioru elektronicznej recepty oraz numer PESEL, wystawione na Ubezpieczonego przez uprawnioną osobę, spełniającą wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich.

Ważne: Lista Aptek, w których możliwy jest zakup Leków przy użyciu Identyfikatora lekowego, jest wskazana w Aplikacji mobilnej na stronie lekinacukrzyce.pl.

Jak otrzymać zwrot kosztów za leki?

Należy złożyć wniosek:

- poprzez formularz dostępny w Aplikacji pod adresem: lekinacukrzyce.pl, lub
- listownie, wysyłając go na adres centrum obsługi, działającego na zlecenie Nationale-Nederlanden: epruf rozliczenia sp. z o.o., ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem „Refundacja leków na cukrzycę".

Do wniosku należy załączyć dowód przepisania Leku przez lekarza, w postaci:

- recepty papierowej: kserokopię, zdjęcie lub skan recepty, lub
- recepty elektronicznej (e-recepty): kserokopię, zdjęcie, PDF zawierający wydruk informacyjny e-recepty, zgodnie ze wzorem dostępnym w Internetowym Koncie Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl, lub wydruk informacyjny inny niż dostępny w Internetowym Koncie Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl, opatrzony pieczątką podmiotu leczniczego lub lekarza wystawiającego dokument i zawierającą co najmniej nr PESEL Ubezpieczonego, oraz
- dowód zakupu Leku lub Zamiennika leku (paragon lub faktura).

Ważne: Świadczenie będzie równe kosztowi wszystkich leków, które zostały przepisane przez lekarza i zakupione oraz mieszczą się w wykazie leków (refundacją objęte są także paski do glukometrów).

Informacje dotyczące:

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Diagnoza cukrzycy – Refundacja leków na cukrzycę

nr ANEKS/LU12/1/2020 (OWU)

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

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Diagnoza cukrzycy – Refundacja leków na cukrzycę

nr ANEKS/LU12/1/2020

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks?

1. Niniejszy Aneks ma zastosowanie do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej Diagnoza Cukrzycy (oznaczonych kodem: DX12).
2. Ilekroć w treści Aneksu jest mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to umowę wskazaną w ust. 1 powyżej.
3. Aneks opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępnia świadczenia stanowiące uzupełnienie Świadczenia wypłacanego na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej w przypadku Diagnozy cukrzycy.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Aneksie stosuje się postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej Diagnoza Cukrzycy.

Art. 2 Co oznaczają następujące pojęcia?

1) **Aneks** – niniejszy aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, oznaczony w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem LU12, rozszerzający zakres ochrony Umowy dodatkowej o dodatkowe świadczenie.
2) **Aplikacja** – strona internetowa dotycząca ubezpieczenia dostępna pod adresem: lekinacukrzyce.pl. Skorzystanie z funkcjonalności Aplikacji wymaga zalogowania się przez Ubezpieczonego z użyciem Identyfikatora lekowego.
3) **Apteka** – każda apteka albo punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy prawo farmaceutyczne, działająca na terenie Polski. Aktualny wykaz aptek, z oznaczeniem w których możliwa jest realizacja Świadczenia z użyciem Identyfikatora lekowego lub realizacja Świadczenia bez użycia Identyfikatora lekowego, dostępny jest w Aplikacji.
4) **Diagnoza cukrzycy** – rozpoznanie przez Lekarza w Nieprzerwanym okresie ochrony Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2. Rozpoznanie danego rodzaju cukrzycy musi być wskazane w sposób jednoznaczny przez Lekarza w dokumentacji medycznej. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne postacie cukrzycy, w tym także postacie związane z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki, nawet wtedy, gdy wymagają stałego leczenia insuliną.
5) **Cukrzyca typu 1** – choroba o etiologii autoimmunologicznej, prowadząca do bezwzględnego niedoboru insuliny, powodująca konieczność stałego jej stosowania. Zakresem ubezpieczenia objęte są tylko te przypadki, w których diagnostyka, rozpoznanie i leczenie cukrzycy insuliną rozpoczęły się Nieprzerwanym okresie ochrony.
6) **Cukrzyca typu 2** – choroba metaboliczna, wymagająca leczenia, charakteryzująca się wysokim stężeniem glukozy we krwi oraz opornością na insulinę lub jej względnym niedoborem i wymagająca leczenia. Zakresem ubezpieczenia objęte są tylko te przypadki, w których diagnostyka, rozpoznanie i leczenie cukrzycy rozpoczęły się w Nieprzerwanym okresie ochrony.
7) **Identyfikator lekowy** – numeryczny kod identyfikacyjny oraz kod kreskowy z zakodowanym numerem PESEL nadawany przez Nationale-Nederlanden Ubezpieczonemu. Numeryczny kod identyfikacyjny przekazany jest mailowo lub poprzez SMS. Kod kreskowy z zakodowanym numerem PESEL umożliwiający Zakup leku w Aptece umożliwiającej Realizację Świadczenia z użyciem Identyfikatora lekowego jest udostępniony w Aplikacji po uprzednim zalogowaniu.
8) **Lek** – gotowy produkt leczniczy bądź wyrób medyczny wymieniony w Zakresie leków, stosowany w leczeniu Cukrzycy typu 1 oraz Cukrzycy typu 2, którego zakup można realizować wyłącznie na podstawie recepty, który w rozumieniu przepisów ustawy prawo farmaceutyczne, posiada ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską i jest wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za Lek uznawane są także paski do glukometru.
9) **Świadczenie zdrowotne** – świadczenie należne Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Diagnozy cukrzycy polegające na refundacji kosztów zakupu Leku bądź Zamiennika Leku wskazanego na wystawionej recepcie i uwzględnionego w Zakresie leków.
10) **Użytkownik** – dowolna osoba upoważniona przez Ubezpieczonego realizująca dla Ubezpieczonego zakup leku przy użyciu Identyfikatora lekowego i wszelkie czynności z tym związane, posiadająca Identyfikator lekowy udostępniony przez Ubezpieczonego oraz receptę na Lek, wystawioną na rzecz Ubezpieczonego.
11) **Zakres leków** – wykaz Leków, którego zawartość aktualna na datę zawarcia umowy ubezpieczenia stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Aneksu; aktualny Zakres leków zamieszczony jest w Aplikacji pod adresem lekinacukrzyce.pl, a także pod numerem Infolinii 42 612 09 94 (opłata wg stawek operatora).

12) **Zamiennik leku** – produkt leczniczy będący odpowiednikiem referencyjnego produktu leczniczego, posiadający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, taką samą postać farmaceutyczną, jak referencyjny produkt leczniczy, którego biorównoważność wobec referencyjnego produktu leczniczego została potwierdzona odpowiednimi badaniami biodostępności i który wymieniony jest w Zakresie leków.

Art. 3 Komu i jakie świadczenie przysługuje w przypadku Diagnozy cukrzycy?

1. Świadczenie zdrowotne przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku Diagnozy cukrzycy, z wyjątkiem sytuacji, gdy Diagnoza cukrzycy nastąpi w okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej.
2. W przypadku, gdy Diagnoza cukrzycy nastąpi przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej zamiast realizacji Świadczenia zdrowotnego wypłacimy świadczenie pieniężne równe sumie składek opłaconych z tytułu zawarcia niniejszego Aneksu. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej.
3. Świadczenia zdrowotne z tytułu Diagnozy cukrzycy przysługują Ubezpieczonemu począwszy od dnia akceptacji przez Nationale-Nederlanden wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Diagnozy cukrzycy, przez okres nie dłuższy niż 24 miesiące lub do wyczerpania sumy ubezpieczenia wynoszącej 100 000 zł.
4. Świadczenie zdrowotne może zostać zrealizowane:
   a) bezgotówkowo – w takim przypadku realizacja Świadczenia zdrowotnego następuje poprzez realizację recepty w Aptece z użyciem Identyfikatora lekowego na przepisany dla Ubezpieczonego Lek lub Zamiennik leku.
   b) w formie pieniężnej – w takim przypadku realizacja Świadczenia zdrowotnego następuje poprzez refundację pieniężną zakupu Leku lub Zamiennika leku bez użycia Identyfikatora lekowego na podstawie wniosku Ubezpieczonego złożonego Ubezpieczycielowi.
5. W ramach realizacji Świadczenia zdrowotnego Nationale-Nederlanden refunduje pełną odpłatność kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego za Lek lub Zamiennik leku w celu leczenia Cukrzycy typu 1 albo Cukrzycy typu 2.

Art. 4 Jakie leki znajdują się w Zakresie leków?

1. W Zakresie leków znajdują się leki stosowane w leczeniu Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2 oraz paski testowe do glukometru.
2. Zakres leków aktualny na datę zawarcia Umowy dodatkowej zawarty jest w załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu.
3. Zakres leków może ulec zmianie w trakcie trwania Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku:
   a) usunięcia leków, które zostały wykreślone lub przekwalifikowane na leki dostępne wyłącznie bez recepty w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
   b) dodania nowych leków w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stosowanych w leczeniu Cukrzycy typu 1 lub Cukrzycy typu 2,
   c) wycofania leków z obrotu.
4. Zmiana Zakresu leków wprowadzona w trybie wskazanym w ust. 3 nie stanowi zmiany Aneksu. Aktualny Zakres leków jest zamieszczony w Aplikacji pod adresem lekinacukrzyce.pl, a także dostępny pod numerem Infolinii 42 612 09 94 (opłata wg stawek operatora).

Art. 5 Jak dokonać zakupu leku przy pomocy Identyfikatora lekowego i zrealizować Świadczenie zdrowotne bezgotówkowo?

1. Aby zakupić Lek lub Zamiennik leku przy użyciu Identyfikatora lekowego należy w czasie transakcji zakupu, okazać Identyfikator lekowy w Aptece, oraz dodatkowo okazać:
   a) ważną receptę na Lek, lub
   a) wydruk informacyjny potwierdzający otrzymanie elektronicznej recepty na Lek, lub
   b) kod odbioru elektronicznej recepty oraz numer PESEL

   wystawione na Ubezpieczonego przez uprawnioną osobę, spełniające wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich.
2. Lista Aptek w których możliwy jest zakup Leków lub Zamienników leków przy użyciu Identyfikatora lekowego jest wskazana w Aplikacji.
3. Ubezpieczony ma prawo do dysponowania Identyfikatorem lekowym, w tym do udostępnienia go Użytkownikowi w celu realizacji Świadczenia zdrowotnego na rzecz Ubezpieczonego.
4. Realizacja Świadczenia zdrowotnego przy użyciu Identyfikatora lekowego nie jest możliwa, jeżeli wygaśnie bądź zostanie wycofane pozwolenie o dopuszczeniu Leku do obrotu i Lek zostanie usunięty z Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Identyfikator lekowy nie podlega wymianie na gotówkę, a Świadczenie zdrowotne może być zrealizowane wyłącznie poprzez pokrycie odpłatności za Lek lub Zamiennik leku. Identyfikator lekowy nie jest elektronicznym instrumentem płatniczym, ani instrumentem pieniądza elektronicznego, ani też kartą płatniczą.
6. Lek lub Zamiennik leku, którego odpłatność została zrealizowana przy użyciu Identyfikatora lekowego, nie podlega zwrotowi, z wyjątkiem sytuacji, w której produkt leczniczy lub wyrób medyczny zwracany jest ze względu na wadę jakościową, niewłaściwe wydanie lub jego sfałszowanie lub w innych przypadkach przewidzianych ustawą prawo farmaceutyczne.
7. Wszystkie niezbędne informacje dotyczące ubezpieczenia takie jak:
   a) aktualny wykaz Aptek z oznaczeniem dostępnych form realizacji Świadczenia zdrowotnego,
   b) Zakres leków,
   c) wysokość dostępnego Świadczenia zdrowotnego,
   d) informacje o realizacji Świadczenia bez użycia Identyfikatora lekowego,

   są dostępne w Aplikacji pod adresem: lekinacukrzyce.pl.
8. Informacje te są dostępne również dla Ubezpieczonych dzwoniących na infolinię 42 612 09 94 (opłata wg stawek operatora) czynną w dni robocze od 8:00 do 16:00.
9. Numeryczny kod identyfikacyjny będący częścią Identyfikatora lekowego zostanie wysłany Ubezpieczonemu na adres mailowy lub numer telefonu podany we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej i udostępniony w Aplikacji albo na piśmie, a jego przekazanie jest równoważne z uruchomieniem Świadczenia zdrowotnego.
10. Przyznawany Ubezpieczonemu Identyfikator lekowy jest oznaczony 20-cyfrowym numerem oraz posiada kod kreskowy z zakodowanym numerem PESEL.
11. W przypadku stwierdzenia, że Identyfikator lekowy jest nieaktywny po przyznaniu Świadczenia zdrowotnego lub w przypadku braku możliwości zakupu Leku lub Zamiennika leku przy użyciu Identyfikatora lekowego, Ubezpieczony powinien zgłosić ten fakt pod numerem Infolinii 42 612 09 94 (opłata wg stawek operatora).

Art. 6 W jaki sposób otrzymać refundację kosztu zakupu Leków?

1. W przypadku realizacji w Aptece recepty na przepisany dla Ubezpieczonego Lek bez użycia Identyfikatora lekowego i zapłaceniu przez Ubezpieczonego bądź Użytkownika za Lek z własnych środków pieniężnych realizacja Świadczenia zdrowotnego odbywa się na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Wniosek można złożyć:
   a) poprzez formularz dostępny w Aplikacji pod adresem: lekinacukrzyce.pl bądź
   b) listownie wysyłając go na adres centrum obsługi działającego na zlecenie Nationale-Nederlanden: epruf rozliczenia sp. z o.o., ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem „Refundacja leków na cukrzycę".
3. Do wniosku należy załączyć:
   a) dowód przepisania Leku przez lekarza w postaci:
      i. recepty papierowej: kserokopię, zdjęcie lub skan recepty; lub
      ii. recepty elektronicznej (e-recepty): kserokopię, zdjęcie, PDF zawierający wydruk informacyjny e-recepty zgodnie ze wzorem dostępnym w Internetowym Koncie Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl lub wydruk informacyjny inny niż dostępny w Internetowym Koncie Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl opatrzony pieczątką podmiotu leczniczego lub lekarza wystawiającego dokument i zawierającą co najmniej nr PESEL Ubezpieczonego;
   b) oraz dowód zakupu Leku lub Zamiennika leku (paragon lub faktura) .
4. Wypłata Świadczenia zdrowotnego odbywa się w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę przelewem na wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku numer konta bankowego. Informacja o wypłacie świadczenia przekazywana jest w Aplikacji oraz drogą mailową na adres podany we wniosku.
5. W przypadku odmowy wypłaty Świadczenia zdrowotnego Nationale-Nederlanden pisemnie informuje o tym Ubezpieczonego wskazując jednocześnie podstawę decyzji oraz zasady złożenia odwołania.

Art. 7 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego objętego Aneksem jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę dodatkową.

Art. 8 W jakim okresie obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego Aneksu?

1. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej o Świadczenia zdrowotne określone Aneksem następuje:
   a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Nationale-Nederlanden wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej oraz akceptacja wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
   c) rozwiązania Umowy dodatkowej.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia zdrowotnego?

Nie zrealizujemy Świadczenia zdrowotnego ani nie pokryjemy kosztu zakupu Leków ani Zamienników leków:
   a) nie znajdujących się w Zakresie leków,
   b) nie przepisanych przez Lekarza lub
   c) przepisanych przez Lekarza na okres leczenia przekraczający 24 miesiące.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

W sprawach nie uregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków oraz Warunków Umowy dodatkowej. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach Umowy dodatkowej.

Art. 11 Wejście w życie Aneksu

Aneks, zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 47/2020 z dnia 5 sierpnia 2020 r., wchodzi w życie z dniem 1 września 2020 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik nr 1 – Zakres leków

Produkty lecznicze oraz wyroby medyczne sklasyfikowanie w ramach kategorii anatomiczno-terapeutyczno-chemicznych.

Lp	ATC1	Opis kategorii	ATC2	Opis kategorii	ATC	Nazwa międzynarodowa
1	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB01	Insulin humanum
2	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB01	Insulin humanum isophanum
3	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB01	Insulini injectio neutralis
4	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB01	Insulinum humanum
5	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB04	Insulini lisprum inj.neutralis
6	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB04	Insulinum lisprum
7	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB05	Insulinum aspartum
8	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AB06	Insulinum glulisine
9	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AC01	Insulin humanum isophanum
10	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AC01	Insulin isophanum biphasicum
11	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AC01	Insulinum isophanum
12	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AC04	Insulinum lisprum
13	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD01	Insulin humanum
14	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD01	Insulin humanum isophanum
15	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD01	Insulin isophanum biphasicum, Insulini inj
16	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD01	Insulini injectio neutralis
17	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD01	Insulinum humanum
18	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD04	Ins.lisprum.Ins.lisprum zinci protamin.
19	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD05	Insulinum aspartum
20	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AD06	Insulin degludec, Insulinum aspartum
21	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AE01	Insulini injectio neutralis
22	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AE04	Insulinum glargine
23	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AE05	Insulinum detemirum
24	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AE06	Insulin degludec
25	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10AE56	Insulin degludec, Liraglutidum
26	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BA02	Metformin hydrochloride
27	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BA02	Metformini hydrochloridum

Lp	ATC1	Opis kategorii	ATC2	Opis kategorii	ATC	Nazwa międzynarodowa
28	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BB01	Glibenclamidum
29	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BB07	Glipizidum
30	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BB08	Gliquidonum
31	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BB09	Gliclazidum
32	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BB12	Glimepiridum
33	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD03	Rosiglitasone, Metforminum
34	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD05	Pioglitazonum, Metforminum
35	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD06	Pioglitazonum, Glimepiridum
36	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD07	Sitagliptinum, Metformini hydrochloridum
37	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD08	Metformini hydrochloridum, Vildagliptinum
38	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD09	Alogliptinum, Pioglitazonum
39	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD10	Saxagliptinum, Metforminum
40	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD11	Linagliptinum, Metformini hydrochloridum
41	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD13	Alogliptini benz., Metformini hydrochl.
42	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD15	Dapagliflozinum, Metforminum
43	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD16	Canagliflozinum, Metforminum
44	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD19	Empagliflozinum, Linagliptinum
45	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD20	Empagliflozinum, Metformini hydrochloridum
46	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD21	Saxagliptinum, Dapagliflozinum
47	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD23	Ertugliflozin, Metformini hydrochloridum
48	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BD24	Ertugliflozin, Sitagliptinum
49	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BF01	Acarbosum
50	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BG03	Pioglitazonum
51	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BH01	Sitagliptinum
52	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BH02	Vildagliptinum
53	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BH03	Saxagliptinum
54	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BH04	Alogliptinum
55	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BH05	Linagliptinum
56	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BJ01	Exenatidum

Lp	ATC1	Opis kategorii	ATC2	Opis kategorii	ATC	Nazwa międzynarodowa
57	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BJ02	Liraglutidum
58	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BJ03	Lixisenatidum
59	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BJ04	Albiglutidum
60	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BJ05	Dulaglutide
61	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BJ06	Semaglutidum
62	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BK01	Dapagliflozinum
63	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BK02	Canagliflozinum
64	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BK03	Empagliflozinum
65	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BK04	Ertugliflozin
66	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BX02	Repaglinidum
67	A	Przewód pokarmowy i metabolizm	A10	Cukrzyca	A10BX03	Nateglinidum
68	V	Varia	V04		V04CA02	paski testowe do glukometrów

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa Poważne choroby i powikłania cukrzycy

OWU/DI12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Poważne choroby i powikłania cukrzycy

nr OWU/DI12/1/2025 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa Poważne choroby i powikłania cukrzycy

nr OWU/DI12/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DI12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Poważne choroby i powikłania cukrzycy nr OWU/DI12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **Suma ubezpieczenia** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy wysokość Świadczenia.
2. **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Poważnych chorób lub powikłań cukrzycy.
3. **Poważna choroba lub powikłanie cukrzycy** – Choroba lub zabieg operacyjny, wymienione poniżej, objęte ubezpieczeniem, które zostały zdiagnozowane lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
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.
5. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich kolejnych, przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
6. **Cukrzyca** – grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny.
7. **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.
8. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa poważne choroby i powikłania cukrzycy.
9. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Poważne choroby lub powikłania cukrzycy wymienione w Art. 2.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia, u której przed zawarciem Umowy dodatkowej Lekarz zdiagnozował Cukrzycę.
2. Zakres ochrony obejmuje następujące Poważne choroby lub powikłania cukrzycy:
   a) Zawał serca,
   b) Udar mózgu,
   c) Bypass – zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego
   d) Niewydolność nerek
   e) Utrata wzroku
   f) Zespół stopy cukrzycowej
3. Definicje Poważnych chorób lub powikłań cukrzycy:
   a) Zawał serca: martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:
   - objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
   - wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
   - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

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

   b) Udar mózgu: nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu

lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

c) **Bypass czyli zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego:** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej.
Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiekolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

d) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

e) **Utrata wzroku:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

f) **Zespół stopy cukrzycowej**: zakażenie, owrzodzenie lub martwica tkanek głębokich stopy w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi lub chorobami naczyń obwodowych u chorych na cukrzycę. Ubezpieczenie obejmuje martwicę przodostopia (palców) albo całej stopy ze wskazaniami do amputacji (4 i 5 stopień według klasyfikacji Wagnera).

Art. 3 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia i wieku Ubezpieczonego. Na wysokość Składki może mieć wpływ stan zdrowia oraz uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na 1 rok albo
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy Umowy która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 61 roku życia.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Art. 5 Czy można kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

1. Tak, zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej, jeżeli w czasie trwania poprzedniej Umowy dodatkowej nie zostało wypłacone Świadczenie.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok.

Art. 6 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się o:
   a) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
   b) dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia i sportów uprawianych przez Ubezpieczonego,
   c) przekazanie aktualnych badań, opinii lekarza prowadzącego, itp.
3. Możemy poprosić także o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy i Ubezpieczonego. Informacje te są nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia można dokonać przy przedłużaniu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
7. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Poważnych chorób lub powikłań cukrzycy?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą wystąpienia Poważnej choroby lub powikłania cukrzycy objętego zakresem Umowy dodatkowej.
2. Świadczenie jakie wypłacimy zostanie obliczone według Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia Poważnej choroby lub powikłania cukrzycy i jest odpowiednim procentem Sumy ubezpieczenia – zgodnie z poniższą tabelą:

Poważne choroby lub powikłania cukrzycy	% Sumy ubezpieczenia
Zawał serca	100
Udar mózgu,	100
Bypass – zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego	50
Niewydolność nerek	100
Utrata wzroku	100
Zespół stopy cukrzycowej – za każdą stopę	50

3. Za dzień wystąpienia Poważnej choroby lub powikłania cukrzycy objętego zakresem Umowy dodatkowej uznaje się:
   a) dzień postawienia ostatecznej diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją Poważnej choroby lub powikłania cukrzycy zawartą w Warunkach Umowy dodatkowej – w przypadku Zawału serca, Udaru mózgu, Niewydolności nerek, Utraty wzroku, Zespołu stopy cukrzycowej,
   b) dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego – w przypadku Zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass).
4. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych chorób lub powikłań cukrzycy w Nieprzerwanym okresie ochrony wypłacimy maksymalnie 100% Sumy ubezpieczenia.

Art. 8 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Prawo do Świadczenia przysługuje jeżeli Poważna choroba lub powikłania cukrzycy objętego zakresem Umowy dodatkowej wystąpi/ą w czasie Nieprzerwanego okresu ochrony.
2. Aby otrzymać Świadczenie należy złożyć wniosek wraz z następującymi dokumentami:
   a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
   b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego wraz z wynikami badań,
   c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
   a) w celu określenia, czy zdiagnozowana Poważna choroba lub powikłanie cukrzycy jest objęte ubezpieczeniem,
   b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.
4. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Poważna choroba lub powikłanie cukrzycy jest następstwem:
   a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
   d) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: cukrzyca, choroby trzustki, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą

OWU/DS12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą

nr OWU/DS12/1/2025 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą

nr OWU/DS12/1/2025

Umowa dodatkowa Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DS12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **Suma ubezpieczenia** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy wysokość Świadczenia.
2. **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Operacji.
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. **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.
5. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich kolejnych, przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
6. **Operacja** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, obejmujący jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych za wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej procedur medycznych wymienionych w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.
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 Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu ani skutków nieszczęśliwego wypadku.
8. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
9. **Cukrzyca** – grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny.
10. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa – Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą.
11. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Operacje spowodowane chorobą, które miały miejsce w Nieprzerwanym okresie ochrony.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać osoba która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia u której przed zawarciem Umowy dodatkowej Lekarz zdiagnozował Cukrzycę.
2. Zakres ochrony obejmuje Operacje spowodowane Chorobą, które miały miejsce w Nieprzerwanym okresie ochrony.

Art. 3 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia i wieku Ubezpieczonego. Na wysokość Składki może mieć wpływ stan zdrowia Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 1 rok albo
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy Umowy, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 61 roku życia.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   b) z upływem okresu na jaki została zawarta Umowa dodatkowa,
   c) z dniem wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia
   d) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Art. 5 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli łączna suma Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu w czasie trwania poprzedniej umowy nie wyniosła 100% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok.

Art. 6 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się o:
   a) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
   b) dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   c) przekazanie aktualnych wyników badań, opinii lekarza prowadzącego, itp.
3. Obniżenia Sumy ubezpieczenia można dokonać przy przedłużeniu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
4. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
5. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
6. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku Operacji?

1. Jeżeli Operacja została przeprowadzona w okresie pierwszych 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, wypłacimy Świadczenie w wysokości 1,0% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Operacji. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej.
2. W przypadku Operacji przeprowadzonej po upływie 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej wypłacimy odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, obowiązującej w dniu Operacji zgodnie z poniższą tabelą:

Kategoria Operacji	Wysokość świadczenia operacyjnego
I	100% Sumy ubezpieczenia
II	75% Sumy ubezpieczenia
III	50%Sumy ubezpieczenia
IV	25% Sumy ubezpieczenia
V	10% Sumy ubezpieczenia

Listę Operacji oraz ich podział na kategorie zawiera Załącznik – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.

3. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostanie przeprowadzona kolejna Operacja polegająca na przeprowadzeniu takich samych procedur medycznych, wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji.
4. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna procedura medyczna zawarta w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015 wypłacimy Świadczenie tylko za tę procedurę medyczną, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Operacji uprawnionym do Świadczenia jest osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako Uposażony w Umowie podstawowej.
6. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Operacji w okresie na jaki umowa został zawarta, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy ubezpieczenia. Do wypłaty Świadczenia brana jest pod uwagę Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 8 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Prawo do Świadczenia przysługuje jeżeli Operacja zostanie przeprowadzona w czasie Nieprzerwanego okresu ochrony.
2. Aby otrzymać Świadczenie należy złożyć wniosek wraz z następującymi dokumentami:
   a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
   b) kartą informacyjną leczenia szpitalnego potwierdzającą przeprowadzenie Operacji,
   c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Operacja została spowodowana lub miała miejsce w następstwie:
   a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) spożywania lub pozostawania 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,
   d) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: cukrzyca, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
   e) Choroby psychicznej,
   f) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zeza),
   g) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększania i pomniejszania piersi),
   h) leczenia lub operacji związanej z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub w wyniku poronienia,
   i) chirurgii stomatologicznej,
   j) wyłyżeczkowania jamy macicy.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Operacji której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł, także wtedy, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015.
3. Nie wypłacimy Świadczenia jeżeli Operacja została zalecona przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015

Do warunków Umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby

A	**Tkanka mózgowa**	
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
A	**Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa**	
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
A	**Nerwy czaszkowe**	
A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A29	Wycięcie zmiany 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	Wycięcie zmiany opon mózgowych	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwiaka nad lub podoponowego	Kategoria II
A	**Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego**	
A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A56	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	Kategoria III
A	**Nerwy obwodowe**	
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV

A61	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	Kategoria IV
A67	Odbarczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A	**Inne części układu nerwowego**	
A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	Kategoria III
B	**Przysadka i szyszynka**	
B01	Wycięcie przysadki	Kategoria I
B02	Zniszczenie przysadki	Kategoria II
B04	Wycięcie zmiany przysadki	Kategoria II
B06	Operacje szyszynki	Kategoria I
B	**Tarczyca i przytarczyce**	
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
B	**Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego**	
B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
B22	Wycięcie nadnercza lub nadnerczy	Kategoria III
B23	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	Kategoria III
B	**Sutek**	
B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B28	Kwadrantektomia	Kategoria IV
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
B35	Operacje brodawki sutkowej	Kategoria IV
C	**Oczodół**	
C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C02	Wycięcie zmiany oczodołu	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

C	**Powieki i gruczoł łzowy**	
C12	Wycięcie zmiany powieki	Kategoria V
C14	Rekonstrukcja powieki	Kategoria IV
C24	Operacja gruczołu łzowego	Kategoria IV
C	**Mięśnie oka**	
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C	**Spojówka i rogówka**	
C39	Usunięcie zmiany spojówki	Kategoria V
C40	Operacja naprawcza spojówki	Kategoria IV
C45	Wycięcie zmiany rogówki	Kategoria IV
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV
C	**Twardówka i tęczówka**	
C53	Wycięcie zmiany twardówki	Kategoria IV
C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C59	Wycięcie tęczówki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczówki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczówki	Kategoria IV
C	**Komora przednia gałki ocznej i soczewka**	
C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V
C	**Siatkówka i inne części oka**	
C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
C82	Zniszczenie zmiany siatkówki	Kategoria IV
D	**Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny**	
D02	Usunięcie zmiany ucha zewnetrznego	Kategoria IV
D03	Plastyka ucha zewnętrznego	Kategoria III

D	**Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe**	
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
E	**Nos**	
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E	**Zatoki przynosowe**	
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
E	**Gardło**	
E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III
E	**Krtań**	
E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne krtani	Kategoria IV
E	**Tchawica i oskrzela**	
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 dolnych dróg oddechowych	Kategoria III
E	**Płuca i śródpiersie**	
E53	Przeszczep płuca	Kategoria I
E54	Wycięcie płuca	Kategoria I
E55	Otwarte wycięcie zmiany płuca	Kategoria I
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV
E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III
E63	Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia	Kategoria IV
F	**Wargi, język, migdałki i inne części jamy ustnej**	
F02	Usunięcie zmiany wargi	Kategoria V
F03	Korekcja deformacji wargi	Kategoria IV
F20	Wycięcie migdałka gardłowego	Kategoria V
F22	Wycięcie języka	Kategoria III
F23	Wycięcie zmiany języka	Kategoria V
F26	Operacja naprawcza języka	kategoria V
F28	Wycięcie zmiany podniebienia	Kategoria V
F34	Wycięcie migdałków podniebiennych	Kategoria V
F38	Wycięcie zmiany innych części jamy ustnej	Kategoria V
F	**Ślinianki**	
F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV
F45	Wycięcie zmiany 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
G	**Przełyk**	
G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III

G04	Otwarte wycięcie zmiany 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 żylaków przełyku	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III
G14	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	Kategoria V
G23	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	Kategoria IV
G	**Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego**	
G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II
G29	Otwarte wycięcie zmiany żołądka	Kategoria III
G30	Operacje plastyczne żołądka	Kategoria III
G31	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III
G32	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	Kategoria III
G35	Operacje wrzodu żołądka	Kategoria III
G40	Nacięcie odźwiernika	Kategoria III
G43	Endoskopowe usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria V
G	**Dwunastnica**	
G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III
G50	Otwarte usunięcie zmiany dwunastnicy	Kategoria II
G51	Zespolenie omijające dwunastnicę	Kategoria III
G52	Operacje wrzodu dwunastnicy	Kategoria III
G54	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dwunastnicy	Kategoria V
G	**Jelito czcze**	
G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III
G59	Wycięcie zmiany jelita czczego	Kategoria III
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	Kategoria III

G61	Zespolenie omijające jelito czcze	Kategoria III
G64	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita czczego	Kategoria III
G	**Jelito kręte**	
G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III
G70	Otwarte wycięcie zmiany jelita krętego	Kategoria III
G71	Zespolenie 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 jelita krętego	Kategoria III
G,H	**Uchyłek Meckela i wyrostek robaczkowy**	
G82	Wycięcie uchyłka Meckela	Kategoria IV
H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV
H	**Okrężnica**	
H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
H08	Wycięcie poprzecznicy	Kategoria II
H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
H12	Operacyjne wycięcie zmiany okrężnicy	Kategoria III
H13	Zespolenie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H17	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H20	Endoskopowe usunięcie zmiany jelita grubego	Kategoria V
H	**Odbytnica**	
H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II

H34	Otwarte wycięcie zmiany odbytnicy	Kategoria III
H40	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
H42	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	Kategoria III
H	**Odbyt i okolica okołoodbytnicza**	
H48	Operacja szczeliny odbytu	Kategoria V
H49	Operacja ropnia okołoodbytniczego	Kategoria V
H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H52	Zniszczenie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria V
H55	Operacja przetoki okołoodbytniczej	Kategoria V
H59	Wycięcie torbieli włosowej	Kategoria IV
J	**Wątroba**	
J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
J02	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	Kategoria I
J03	Wycięcie zmiany wątroby	Kategoria III
J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV
J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV
J	**Pęcherzyk żółciowy**	
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
J	**Przewody żółciowe**	
J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J28	Wycięcie zmiany 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 przezdwunastniczego	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 dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV
J	**Trzustka**	
J54	Przeszczep trzustki	Kategoria I
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
J58	Wycięcie zmiany trzustki	Kategoria III
J59	Zespolenie przewodu trzustkowego	Kategoria II
J61	Otwarty drenaż zmiany trzustki	Kategoria II
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V
J	**Śledziona**	
J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
K	**Ściany, przegrody i komory serca**	
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
K	**Zastawki serca i struktury towarzyszące**	
K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	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 struktur towarzyszących zastawce serca	Kategoria I
K	**Tętnice wieńcowe**	
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	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	Kategoria II
K	**Inne części serca i osierdzie**	
K52	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	Kategoria I
K56	Wszczepienie systemu wspomagania serca	Kategoria II
K57	Przeznaczyniowe zabiegi dotyczące układu bodźcoprzewodzącego i bodźcotwórczego	Kategoria III
K60	Przezżylne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K61	Inny system rozrusznika serca	Kategoria I
K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria I
L	**Duże naczynia i tętnica płucna**	
L01	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L02	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana 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
L	**Tętnica główna (Aorta)**	
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
L	**Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa**	
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
L39	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	Kategoria II
L	**Odgałęzienia aorty brzusznej**	
L43	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	Kategoria II
L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II
L	**Tętnica biodrowa i tętnica udowa**	
L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	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
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III
L	**Inne tętnice i żyły**	
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV
L74	Zespolenie tetniczo-żylne	Kategoria IV
L75	Usunięcie zespolenia tętniczo-żylnego	Kategoria IV
L82	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	Kategoria IV
L90	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	Kategoria III

M	**Nerki**	
M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III
M09	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	Kategoria III
M15	Zabiegi terapeutyczne nerek z dostępu przez nefrostomię	Kategoria III
M	**Moczowód**	
M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
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
M	**Pęcherz moczowy**	
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 metodą endoskopową	Kategoria III
M43	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	Kategoria IV
M	**Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego, gruczoł krokowy (prostata)**	
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
M	**Cewka moczowa i inne części układu moczowego**	
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
N	**Moszna i jądra**	
N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N06	Jednostronne usunięcie jądra	Kategoria IV
N07	Wycięcie zmiany jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV
N	**Powrózek nasienny i krocze (mężczyźni)**	
N15	Operacje najądrza	Kategoria IV
N17	Wycięcie nasieniowodu	Kategoria V
N18	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	Kategoria II
N19	Operacja żylaków powrózka nasiennego	Kategoria IV
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V
N	**Prącie i inne męskie narządy płciowe**	
N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N27	Wycięcie zmiany prącia	Kategoria IV
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V
N30	Operacje napletka	Kategoria V
P	**Srom i krocze kobiece**	
P01	Operacje łechtaczki	Kategoria V
P03	Operacje gruczołów Bartholina	Kategoria IV
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany krocza u kobiet	Kategoria V

P	**Pochwa**	
P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P19	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	Kategoria IV
P20	Wycięcie zmiany 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
Q	**Macica**	
Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q02	Zniszczenie zmiany 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
Q	**Jajowód**	
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
Q	**Jajnik**	
Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany jajnika	Kategoria III

Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V
Q47	Całkowite wycięcie jajnika	Kategoria IV
S	**Skóra**	
S30	Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi	Kategoria IV
S31	Przeszczep skóry w innej okolicy	Kategoria V
T	**Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona**	
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
T	**Ściana brzucha**	
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
T	**Otrzewna**	
T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria II
T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III

T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV
T	**Powięź, pochewka ścięgna i kaletka**	
T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany powięzi	Kategoria V
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej	Kategoria IV
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV
T	**Ścięgna i mięśnie**	
T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV
T	**Układ limfatyczny**	
T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
T88	Drenaż zmiany węzła chłonnego	Kategoria V
T89	Operacje przewodu limfatycznego	Kategoria II
T94	Operacje kieszonki skrzelowej	Kategoria IV
V	**Kości i stawy czaszki i twarzy**	
V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV

V	Kości i stawy kręgosłupa	
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 w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
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 II
V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
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
V52	Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonane metodą małoinwazyjną	Kategoria IV
W	**Kości**	
W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W07	Wycięcie kości ektopowej	Kategoria V
W08	Operacja haluksów	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

X	Operacje dotyczące wielu układów	
X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	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

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą

OWU/DP12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą

nr OWU/DP12/1/2025 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą

nr OWU/DP12/1/2025

Umowa dodatkowa oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem DP12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą nr OWU/DP12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **Suma ubezpieczenia** – kwota wybrana przez Właściciela polisy, na podstawie której obliczymy wysokość Świadczenia.
2. **Świadczenie** – kwota, jaką wypłacimy w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy.
3. **Niezdolność do samodzielnego życia** – trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy stwierdzona przez Lekarza:
   a) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się,
   b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni,

   która rozpoczęła się w Nieprzerwanym okresie ochrony.
4. **Niezdolność do pracy** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w Nieprzerwanym okresie ochrony. Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
5. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD10).
6. **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich kolejnych, przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków i Warunków Umowy dodatkowej.
7. **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.
8. **Cukrzyca** – grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny.
9. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – trwająca nieprzerwanie, przez okres co najmniej 12 miesięcy Niezdolność do samodzielnego życia, która rozpoczęła się w Nieprzerwanym okresie ochrony lub trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy Niezdolność do pracy, która rozpoczęła się w Nieprzerwanym okresie ochrony.
10. **Umowa dodatkowa** – Umowa dodatkowa - niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia u której przed zawarciem Umowy dodatkowej Lekarz zdiagnozował Cukrzycę.
2. Zakres ochrony obejmuje Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w Nieprzerwanym okresie ochrony, pod warunkiem że stan ten utrzymywał się co najmniej 12 miesięcy i trwa nadal.
3. Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jest ostatni dzień 12-miesięcznego okresu Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy, choćby dzień ten wystąpił po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej. Jeżeli jednak po upływie pierwszych 6 miesięcy od dnia wystąpienia Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do samodzielnego życia lub podjęcia pracy, to za dzień zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Nationale-Nederlanden może uznać dzień wcześniejszy.

Art. 3 Jak ustalimy wysokość Składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia i wieku Ubezpieczonego. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ stan zdrowia, wykonywany zawód oraz uprawniany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

3. Nie będziemy pobierać składki za Umowę dodatkową od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pod warunkiem, że zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 1 rok albo
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy Umowy która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 61 lat.
3. Umowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Art. 5 Czy można kontynuować ubezpieczenie po jego wygaśnięciu?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia lub jest w trakcie wypłaty Świadczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok.

Art. 6 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się o:
   a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia, wykonywanego zawodu oraz uprawianego hobby Ubezpieczonego,
   b) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
   c) przekazanie aktualnych wyników badań, opinii lekarza prowadzącego, itp.
3. Możemy poprosić także o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy i Ubezpieczonego. Informacje te są nam potrzebne w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia można dokonać przy przedłużaniu Umowy dodatkowej, pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od 1. dnia Miesiąca polisowego po zaakceptowaniu przez nas wniosku o zmianę, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
7. Zmianę Sumy ubezpieczenia potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 Jaką kwotę wypłacimy w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie także wtedy, gdy dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpił po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej o ile Niezdolność do samodzielnego życia lub Niezdolność do pracy rozpoczęła się w Nieprzerwanym okresie ochrony.
2. Świadczenie wypłacimy w formie regularnych miesięcznych wypłat, przez okres pięciu lat, począwszy od dnia akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia.
3. Łączna kwota Świadczenia wypłaconego w formie regularnych wypłat stanowi 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia lub Niezdolność do pracy nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej, podstawą do obliczenia Świadczenia jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie wypłaty Świadczenia niewypłacona część Świadczenia zostanie wypłacona jednorazowo osobom Spadkobiercom.

Art. 8 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. Prawo do Świadczenia przysługuje jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolność do pracy rozpocznie się w Nieprzerwanym okresie ochrony. Wniosek o wypłatę świadczenia należy złożyć najwcześniej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Aby otrzymać Świadczenie należy złożyć wniosek wraz z następującymi dokumentami:
   a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
   b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań, orzeczeniem o całkowitej Niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
   c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia i jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
   a) w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy,
   b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.
4. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia lub Niezdolność do pracy została spowodowana lub miała miejsce w następstwie:
   a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
   b) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
   c) spożywania lub pozostawania 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,
   d) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: cukrzyca, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
   e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
   f) Choroby psychicznej.

Art. 10 Zastosowanie Warunków

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

Art. 11 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW

OWU/HZ12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW

nr OWU/HZ12/1/2025

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW

nr OWU/HZ12/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w tej Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli t zostaniesz poddany Leczeniu szpitalnemu, Leczeniu szpitalnemu o długotrwałym charakterze lub Operacji, które obejmujemy ubezpieczeniem.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Choroba** to zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu, skutków Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.
5. **Choroba psychiczna to** choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10, ICD-11).
6. **Dzień leczenia szpitalnego** to każdy dzień kalendarzowy Leczenia szpitalnego. Pierwszy dzień Leczenia szpitalnego to dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatni dzień Leczenia szpitalnego to dzień wypisu ze Szpitala.
7. **Leczenie szpitalne** to czas, kiedy stale i nieprzerwanie przebywałeś w Szpitalu w wyniku Choroby lub NW w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy stanu Twojego zdrowia. W zakresie tej Umowy dodatkowej Leczeniem szpitalnym nie jest hospitalizacja, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
8. **Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze** to Leczenie szpitalne, które trwało nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
9. **Nieszczęśliwy wypadek** albo **NW** to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które:
   - jest niezależne od Twojej woli oraz
   - nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa dodatkowa, oraz
   - spowodowało obrażenie ciała, które jest bezpośrednią i wyłączną przyczyną Leczenia szpitalnego, Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze lub Operacji.

   Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
10. **Operacja** to zabieg medyczny wymieniony w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024, przeprowadzony w znieczuleniu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu:
    - wyleczenia lub złagodzenia objawów Choroby lub
    - złagodzenia skutków obrażeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym.

    W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacją jest także profilaktyczne usunięcie jajników, przydatków lub piersi (oraz ich rekonstrukcja) wykonane ze wskazań medycznych w celu ograniczenia ryzyka wystąpienia nowotworu złośliwego. W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, z wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej Operacji wymienionych w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024.
11. **Sport motorowodny** to aktywność sportowa, w której używa się silnikowych jednostek pływających do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
12. **Sport motorowy** to aktywność sportowa, w której używa się pojazdów silnikowych do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
13. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą podaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić, w razie Leczenia szpitalnego, Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze lub Operacji. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.

14. **Szpital** to zamknięty zakład opieki zdrowotnej, który zgodnie z przepisami prawa kraju, na terenie którego prowadzi działalność, uprawniony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. W rozumieniu tej 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, zakład opieki paliatywnej.
15. **Środek lokomocji** jest to:
    - zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
    - zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
    - samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
    - pasażerski statek wodny.
16. **Świadczenie** to pieniądze, które Ci wypłacimy w razie Leczenia szpitalnego, Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze lub Operacji.
17. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
18. **Wypadek komunikacyjny** to Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległeś korzystając ze Środka lokomocji lub jako pieszy.
19. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Leczenie szpitalne, Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze i Operacja.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 1. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Możesz być objęty ochroną w ramach jednego z dwóch dostępnych wariantów ochrony:
    a) wariant podstawowy (kod HK12),
    b) wariant premium (kod HZ12).
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej:
    a) Leczenie szpitalne,
    b) Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze,
    c) Operację.

Art. 4 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia w przypadku Leczenia szpitalnego?

1. Jeśli trafisz do Szpitala i Leczenie szpitalne będzie trwało min. 2 dni wypłacimy Ci jedno ze Świadczeń opisanych poniżej:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie
Leczenie szpitalne, o ile trwało nieprzerwanie 2 lub 3 dni	0,5% Sumy ubezpieczenia za jedno Leczenie szpitalne
Leczenie szpitalne, o ile trwało nieprzerwanie min. 4 dni	1% Sumy ubezpieczenia za każdy Dzień Leczenia szpitalnego
Leczenie szpitalne, o ile trwało nieprzerwanie min. 4 dni, jeśli leczenie to dotyczy obrażeń doznanych wskutek Wypadku komunikacyjnego	1,5% Sumy ubezpieczenia za każdy Dzień Leczenia szpitalnego

2. Kwotę Świadczenia obliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia, jaka obowiązywała w pierwszym Dniu leczenia szpitalnego.
3. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie za te same Dni leczenia szpitalnego.
4. Przysługuje Ci Świadczenie tylko za jedno Leczenie szpitalne, które trwało nieprzerwanie 2 lub 3 dni w danym Roku polisowym.
5. Leczenia szpitalnego nie przerywa:
    a) przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,

b) czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz nieobecność ta nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Leczenia szpitalnego. Dni czasowej nieobecności w Szpitalu nie są liczone jako Dni leczenia szpitalnego i nie jest za te dni wypłacane Świadczenie.

Art. 5 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia w przypadku Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze?

1. W przypadku Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze wypłacimy Ci dodatkowo 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w 14. dniu tego leczenia, nie wliczając w to dni czasowej nieobecności w szpitalu.
2. Przysługuje Ci Świadczenie tylko za jedno Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze w Roku polisowym.

Art. 6 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia w przypadku Operacji?

1. W Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024 wskazaliśmy wszystkie Operacje, które obejmujemy odpowiedzialnością. Do każdej z nich przypisaliśmy kategorię, na podstawie której wyliczymy kwotę Świadczenia.
2. Aby obliczyć wysokość Świadczenia, mnożymy Sumę ubezpieczenia przez wskaźnik procentowy przyporządkowany do kategorii Operacji, jakiej zostałeś poddany, zgodnie z poniższą tabelą.

Kategoria Operacji	Wskaźnik procentowy do wyliczenia Świadczenia
I	100%
II	75%
III	50%
IV	25%
V	10%

3. Kwotę Świadczenia obliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia, jaka obowiązywała w dniu przeprowadzenia Operacji.
4. Jeżeli objęty jesteś ochroną w wariancie premium, to w przypadku gdy zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja, która nie została wymieniona w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024 wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przeprowadzenia tej Operacji. Świadczenie to wypłacimy tylko za jedną Operację przeprowadzoną w Roku polisowym.
5. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostaniesz poddany kolejnej Operacji o takim samym kodzie według Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024 wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Ta zasada nie ma zastosowania, gdy powtórna Operacja zostanie wykonana na drugim narządzie z pary.
6. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja zawarta w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024 wypłacimy Ci Świadczenie tylko za tę Operację, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.

Art. 7 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. Jeżeli byłeś poddany Leczeniu szpitalnemu, Leczeniu szpitalnemu o długotrwałym charakterze lub Operacji poinformuj nas o tym. W tym celu złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość,
   b) w przypadku składania wniosku w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden weryfikacja tożsamości może zostać dokonana na podstawie mobilnego dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   c) dokumentów medycznych, które potwierdzą Leczenie szpitalne, Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze lub Operację:
      - karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś,

d) dokumentów, które potwierdzą zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego, np. notatki urzędowej z policji,
e) dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

3. W przypadku gdy Leczenie szpitalne trwało co najmniej 30 dni i trwa nadal, możesz złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia za ten 30-dniowy okres.

Art. 8 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak otrzymamy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Świadczenia w tym terminie, Świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe. Jednak kwotę bezsporną wypłacimy zawsze w ciągu 30 dni, od kiedy otrzymamy od Ciebie wniosek o wypłatę.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Leczenie szpitalne, Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze lub Operacja zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   d) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
   e) Choroby psychicznej,
   f) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
   g) leczenia niepłodności, sterylizacji, sztucznego zapłodnienia, aborcji lub poronienia samoistnego,
   h) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
   i) prowadzenia przez Ciebie Środka lokomocji, jeśli:
      - nie posiadałeś uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub
      - pojazd lub inny Środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
   j) Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze:
      - Sporty motorowe,
      - Sporty motorowodne,
      - wspinaczka wysokogórska i skałkowa,
      - nurkowanie,
      - speleologia,
      - sporty walki,
      - skoki do wody.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Operacji wymienionych w punktach a-f oraz za związane z nimi Leczenie szpitalne lub Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze:
   a) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub rekonstrukcji piersi po mastektomii ze wskazań medycznych,
   b) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
   c) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zeza),
   d) szycia rany skóry i tkanki podskórnej,
   e) cesarskiego cięcia,
   f) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy.

3. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Leczenie szpitalne lub Operacja zostały zlecone przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 10 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. W przypadku dokupienia dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące stanu Twojego zdrowia, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
6. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy, poprzez wysłanie mu Dokumentu ubezpieczenia.

Art. 11 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć razem z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową w wybranym wariancie zawieramy:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy podstawowej licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
3. Umowa dodatkowa trwa maksymalnie do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli łączna kwota świadczeń wypłaconych Tobie w czasie trwania poprzedniej umowy nie wyniosła 500% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to przedłużymy tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 13 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:
a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
b) z upływem okresu na jaki została zawarta,
c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
d) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z dotychczas wypłaconymi Świadczeniami osiągnie poziom 500% Sumy ubezpieczenia.
   Limit 500% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych z tytułu tej Umowy dodatkowej w okresie, na jaki została zawarta.

Art. 14 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy, Twojego wieku, okresu, na jaki Umowa dodatkowa jest zawierana oraz zniżek, których udzielilismy.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) stan Twojego zdrowia,
   b) zawód, który wykonujesz oraz
   c) sporty i hobby, które uprawiasz.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 15 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Suma Ubezpieczenia może zostać zmieniona na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Suma Ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 latach od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona w ramach tej Umowy dodatkowej. Zmianę taką można przeprowadzić w miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia zostanie przeprowadzona pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej oraz limitów wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat.
4. Suma Ubezpieczenia może zostać podwyższona w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące stanu Twojego zdrowia, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
8. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 16 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, które nie są uregulowane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków Umowy podstawowej.
2. Pojęcia, które zapisaliśmy wielką literą, a nie zdefiniowaliśmy ich w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 17 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r. Weszły one w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Tkanka mózgowa	**A**	
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A01	I
2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	A02	I
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A03	I
4	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	A05	II
5	Neurostymulacja mózgu	A09	II
	Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa	**A**	
6	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	A12	III
7	Rewizja wentrykulostomii	A13	III
8	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	A17	III
9	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	A22	II
	Nerwy czaszkowe	**A**	
10	Przeszczep nerwów czaszkowych	A24	I
11	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A25	I
12	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	A28	II
13	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A29	I
14	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A30	I
15	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	A31	II
16	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	A33	III
	Opony mózgowe	**A**	
17	Wycięcie zmiany opon mózgowych	A38	I
18	Operacja naprawcza opony twardej	A39	I
19	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A40	I
20	Drenaż przestrzeni podoponowej	A41	I
21	Operacje krwiaka nad- lub podoponowego	A42	II
	Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego	**A**	
22	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A44	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
23	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	A56	III
24	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	A57	I
	Nerwy obwodowe	**A**	
25	Wycięcie nerwu obwodowego	A59	IV
26	Zniszczenie nerwu obwodowego	A60	IV
27	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	A61	IV
28	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	A62	III
29	Odbarczenie nerwu obwodowego	A67	IV
	Inne części układu nerwowego	**A**	
30	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	A75	III
	Przysadka i szyszynka	**B**	
31	Wycięcie przysadki	B01	I
32	Zniszczenie przysadki	B02	II
33	Wycięcie zmiany przysadki	B04	II
34	Operacje szyszynki	B06	I
	Tarczyca i przytarczyce	**B**	
35	Całkowite wycięcie tarczycy	B08	III
36	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	B09	II
37	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	B10	III
38	Wycięcie przytarczyc(y)	B14	II
39	Częściowe wycięcie tarczycy	B16	IV
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	**B**	
40	Wycięcie grasicy	B18	III
41	Wycięcie nadnercza lub nadnerczy	B22	III
42	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	B23	III
	Piersi (Sutek)	**B**	
43	Jednostronne usunięcie piersi	B27	III
44	Kwadrantektomia	B28	IV
45	Operacje rekonstrukcyjne piersi (w tym także po mastektomii prewencyjnej ze wskazań medycznych)	B30	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
46	Operacje na przewodach mlekonośnych piersi	B34	IV
47	Operacje brodawki sutkowej	B35	IV
48	Obustronne usunięcie piersi	B36	II
49	Wycięcie zmiany piersi	B37	V
	Oczodół	**C**	
50	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	C01	III
51	Wycięcie zmiany oczodołu	C02	III
52	Wszczepienie protezy oka	C03	IV
53	Rewizja protezy oka	C04	IV
54	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C05	III
55	Nacięcie oczodołu	C06	IV
	Powieki i gruczoł łzowy	**C**	
56	Wycięcie zmiany powieki	C12	V
57	Rekonstrukcja powieki	C14	IV
58	Korekcja deformacji powieki	C15	IV
59	Operacja gruczołu łzowego	C24	IV
	Mięśnie oka	**C**	
60	Połączone operacje mięśni oka	C31	III
61	Cofnięcie mięśnia oka	C32	IV
62	Wycięcie mięśnia oka	C33	IV
63	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	C34	IV
	Spojówka i rogówka	**C**	
64	Usunięcie zmiany spojówki	C39	V
65	Operacja naprawcza spojówki	C40	IV
66	Wycięcie zmiany rogówki	C45	IV
67	Zeszycie rogówki	C47	IV
68	Nacięcie rogówki	C49	IV
	Twardówka i tęczówka	**C**	
69	Wycięcie zmiany twardówki	C53	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
70	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	C54	III
71	Nacięcie twardówki	C55	IV
72	Wycięcie tęczówki	C59	IV
73	Operacje filtrujące tęczówki	C60	III
74	Nacięcie tęczówki	C62	IV
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	**C**	
75	Wycięcie ciała rzęskowego	C66	IV
76	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C71	IV
77	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C72	IV
78	Nacięcie torebki soczewki	C73	V
	Siatkówka i inne części oka	**C**	
79	Operacje ciała szklistego	C79	III
80	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	C81	IV
81	Zniszczenie zmiany siatkówki	C82	IV
	Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny	**D**	
82	Usunięcie zmiany ucha zewnetrznego	D02	IV
83	Plastyka ucha zewnętrznego	D03	III
84	Drenaż ucha zewnętrznego	D04	V
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	**D**	
85	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	D10	II
86	Operacje naprawcze błony bębenkowej	D14	IV
87	Drenaż ucha środkowego	D15	V
88	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	D16	III
89	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D19	IV
	Nos	**E**	
90	Amputacja (resekcja) nosa	E01	III
91	Operacje plastyczne nosa	E02	III
92	Operacje przegrody nosa	E03	V
93	Operacje małżowiny nosa	E04	V

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
94	Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	E05	IV
95	Tamponada tylna nosa	E06	V
96	Operacje nosa zewnętrznego	E09	V
	Zatoki przynosowe	**E**	
97	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E12	IV
98	Operacje zatoki szczękowej z innego dostępu	E13	V
99	Operacje zatoki czołowej	E14	IV
100	Operacje zatoki klinowej	E15	IV
101	Operacje zatoki sitowej	E17	V
	Gardło	**E**	
102	Wycięcie gardła	E19	I
103	Operacje naprawcze gardła	E21	III
104	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E24	III
	Krtań	**E**	
105	Wycięcie krtani	E29	III
106	Otwarte wycięcie zmiany krtani	E30	III
107	Odtworzenie krtani	E31	I
108	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne krtani	E34	IV
	Tchawica i oskrzela	**E**	
109	Częściowe wycięcie tchawicy	E39	I
110	Operacje plastyczne tchawicy	E40	III
111	Otwarta implantacja protezy tchawicy	E41	III
112	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	E42	IV
113	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	E44	III
114	Częściowe wycięcie oskrzela	E46	III
115	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dolnych dróg oddechowych	E48	III
	Płuca i śródpiersie	**E**	
116	Przeszczep płuca	E53	I
117	Wycięcie płuca	E54	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
118	Otwarte wycięcie zmiany płuca	E55	I
119	Otwarte operacje śródpiersia	E61	IV
120	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E62	III
121	Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia	E63	IV
	Wargi, język, migdałki i inne części jamy ustnej	**F**	
122	Usunięcie zmiany wargi	F02	V
123	Korekcja deformacji wargi	F03	V
124	Wycięcie języka	F22	III
125	Wycięcie zmiany języka	F23	V
126	Nacięcie języka	F24	V
127	Operacja naprawcza języka	F26	V
128	Wycięcie zmiany podniebienia	F28	V
129	Korekcja zniekształcenia podniebienia (pourazowa)	F29	IV
130	Wycięcie zmiany innych części jamy ustnej	F38	V
131	Odtworzenie innej części jamy ustnej	F39	IV
132	Wycięcie zmiany migdałka	F20	V
	Ślinianki	**F**	
133	Wycięcie ślinianki	F44	IV
134	Wycięcie zmiany ślinianki	F45	IV
135	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	F50	IV
136	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	F51	IV
137	Podwiązanie przewodu ślinianki	F52	V
138	Poszerzenie przewodu ślinianki	F55	V
	Przełyk	**G**	
139	Wycięcie przełyku i żołądka	G01	I
140	Całkowite wycięcie przełyku	G02	I
141	Częściowe wycięcie przełyku	G03	III
142	Otwarte wycięcie zmiany przełyku	G04	III
143	Zespolenie omijające przełyku	G05	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
144	Rewizja zespolenia przełykowego	G06	III
145	Operacja naprawcza przełyku	G07	I
146	Wytworzenie przetoki przełykowej	G08	III
147	Otwarte operacje żylaków przełyku	G10	III
148	Otwarta implantacja protezy przełyku	G11	III
149	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	G14	V
150	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	G23	IV
	Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego	**G**	
151	Całkowite wycięcie żołądka	G27	I
152	Częściowe wycięcie żołądka	G28	III
153	Otwarte wycięcie zmiany żołądka	G29	III
154	Operacje plastyczne żołądka	G30	III
155	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	G31	III
156	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	G32	III
157	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	G34	III
158	Operacje wrzodu żołądka	G35	III
159	Nacięcie odźwiernika	G40	III
160	Endoskopowe usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego	G43	V
	Dwunastnica	**G**	
161	Wycięcie dwunastnicy	G49	III
162	Otwarte usunięcie zmiany dwunastnicy	G50	II
163	Zespolenie omijające dwunastnicę	G51	III
164	Operacje wrzodu dwunastnicy	G52	III
165	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dwunastnicy	G54	V
	Jelito czcze	**G**	
166	Wycięcie jelita czczego	G58	III
167	Wycięcie zmiany jelita czczego	G59	III
168	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	G60	III
169	Zespolenie omijające jelito czcze	G61	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
170	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita czczego	G64	III
	Jelito kręte	**G**	
171	Wycięcie jelita krętego	G69	III
172	Otwarte wycięcie zmiany jelita krętego	G70	III
173	Zespolenie omijające jelito kręte	G71	III
174	Rewizja zespolenia jelita krętego	G73	III
175	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	G74	III
176	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	G75	III
177	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	G76	III
178	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita krętego	G79	III
	Uchyłek Meckela i wyrostek robaczkowy	**G,H**	
179	Wycięcie uchyłka Meckela	G82	IV
180	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	H01	V
	Okrężnica	**H**	
181	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	H04	I
182	Całkowite wycięcie okrężnicy	H05	I
183	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	H06	II
184	Wycięcie poprzecznicy	H08	II
185	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	H09	II
186	Wycięcie esicy	H10	II
187	Operacyjne wycięcie zmiany okrężnicy	H12	III
188	Zespolenie omijające okrężnicę	H13	III
189	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	H14	III
190	Nacięcie okrężnicy	H16	III
191	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	H17	III
192	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	H18	III
193	Endoskopowe usunięcie zmiany jelita grubego	H20	V
	Odbytnica	**H**	
194	Wycięcie odbytnicy	H33	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
195	Otwarte wycięcie zmiany odbytnicy	H34	III
196	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	H40	III
197	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	H42	III
	Odbyt i okolica okołoodbytnicza	**H**	
198	Operacja szczeliny odbytu	H48	V
199	Operacja ropnia okołoodbytniczego	H49	V
200	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	H51	IV
201	Zniszczenie guzków krwawniczych (hemoroidów)	H52	V
202	Operacja przetoki okołoodbytniczej	H55	V
203	Wycięcie torbieli włosowej	H59	IV
	Wątroba	**J**	
204	Przeszczep wątroby	J01	I
205	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	J02	I
206	Wycięcie zmiany wątroby	J03	III
207	Operacja naprawcza wątroby	J04	II
208	Nacięcie wątroby	J05	IV
209	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	J08	IV
210	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	J10	IV
	Pęcherzyk żółciowy	**J**	
211	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	J18	V
212	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	J19	II
213	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	J21	IV
214	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	J24	IV
	Przewody żółciowe	**J**	
215	Wycięcie przewodu żółciowego	J27	II
216	Wycięcie zmiany przewodu żółciowego	J28	III
217	Zespolenie przewodu wątrobowego	J29	I
218	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	J30	III
219	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	J31	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
220	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	J32	II
221	Nacięcie przewodu żółciowego	J33	III
222	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	J34	III
223	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	J38	IV
224	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	J40	IV
225	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	J42	IV
226	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	J46	IV
227	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	J47	IV
228	Zabiegi terapeutyczne dróg żółciowych z dostępu przez dren T	J49	IV
	Trzustka	**J**	
229	Przeszczep trzustki	J54	I
230	Całkowite wycięcie trzustki	J55	I
231	Wycięcie głowy trzustki	J56	I
232	Wycięcie zmiany trzustki	J58	III
233	Zespolenie przewodu trzustkowego	J59	II
234	Otwarty drenaż zmiany trzustki	J61	II
235	Nacięcie trzustki	J62	III
236	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	J66	V
	Śledziona	**J**	
237	Całkowite wycięcie śledziony	J69	III
	Ściany, przegrody i komory serca	**K**	
238	Przeszczep serca i płuc	K01	I
239	Operacja naprawcza serca (zeszycie uszkodzenia mechanicznego mięśnia sercowego)	K02	I
240	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	K04	I
241	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	K05	I
242	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	K07	I
243	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	K09	I
244	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	K10	I
245	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	K11	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
246	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	K12	I
247	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	K15	II
248	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	K16	I
249	Wytworzenie dróg odpływu z serca	K18	I
250	Plastyka przedsionka serca	K20	I
	Zastawki serca i struktury towarzyszące	**K**	
251	Walwuloplastyka mitralna	K25	I
252	Walwuloplastyka aortalna	K26	I
253	Plastyka zastawki trójdzielnej	K27	I
254	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	K28	I
255	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	K29	I
256	Rewizja plastyki zastawki serca	K30	I
257	Walwulotomia	K31	I
258	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	K35	II
259	Usunięcie zwężenia struktur towarzyszących zastawce serca	K37	I
	Tętnice wieńcowe	**K**	
260	Pomost aortalno-wieńcowy	K40	I
261	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	K43	I
262	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	K45	I
263	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	K47	I
264	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	K49	III
	Inne części serca i osierdzie	**K**	
265	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	K52	I
266	Wszczepienie systemu wspomagania serca	K56	II
267	Przeznaczyniowe zabiegi dotyczące układu bodźcoprzewodzącego i bodźcotwórczego	K57	III
268	Przeżylne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	K60	III
269	Inny system rozrusznika serca	K61	I
270	Wycięcie osierdzia	K67	I
271	Drenaż osierdzia	K68	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
272	Przecięcie osierdzia	K69	IV
	Duże naczynia i tętnica płucna	**L**	
273	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	L01	I
274	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	L02	I
275	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	L03	I
276	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	L05	I
277	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	L07	I
278	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	L10	I
279	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	L13	II
	Tętnica główna (aorta)	**L**	
280	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	L16	I
281	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	L18	I
282	Rewizja protezy aortalnej	L22	I
283	Operacja naprawcza aorty	L23	I
284	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	L26	II
	Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa	**L**	
285	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	L29	I
286	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	L31	II
287	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	L33	I
288	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	L35	II
289	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	L37	I
290	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	L39	II
	Odgałęzienia aorty brzusznej	**L**	
291	Odtworzenie tętnicy nerkowej	L41	I
292	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	L43	II
293	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	L45	I
294	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	L47	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	**L**	
295	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	L48	I
296	Odtworzenie tętnicy biodrowej	L52	I
297	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	L54	II
298	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	L56	I
299	Odtworzenie tętnicy udowej	L60	I
300	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	L63	III
	Inne tętnice i żyły	**L**	
301	Wycięcie innej tętnicy	L67	II
302	Operacja naprawcza innej tętnicy	L68	II
303	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	L71	IV
304	Zespolenie tętniczo-żylne	L74	IV
305	Usunięcie zespolenia tętniczo-żylnego	L75	IV
306	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	L82	IV
307	Wycięcie chirurgiczne żylaków kończyn dolnych	L86	IV
308	Zniszczenie żylaków kończyn dolnych metodą małoiwazyjną	L87	V
309	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	L90	III
	Nerki	**M**	
310	Przeszczep nerki	M01	II
311	Całkowite wycięcie nerki	M02	II
312	Częściowe wycięcie nerki	M03	III
313	Wycięcie zmiany w nerce	M04	III
314	Operacja naprawcza nerki	M05	III
315	Nacięcie nerki	M06	III
316	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	M09	III
317	Zabiegi terapeutyczne nerek z dostępu przez nefrostomię	M15	III
	Moczowód	**M**	
318	Wycięcie moczowodu	M18	III
319	Odprowadzenie moczu przez przetokę	M19	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
320	Ponowne wszczepienie moczowodu	M20	III
321	Operacja naprawcza moczowodu	M22	III
322	Nacięcie moczowodu	M23	III
323	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	M26	III
324	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	M27	IV
325	Operacje ujścia moczowodu	M32	IV
	Pęcherz moczowy	**M**	
326	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	M34	I
327	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	M35	III
328	Powiększenie pęcherza moczowego	M36	II
329	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	M38	IV
330	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	M42	III
331	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	M43	IV
	Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego, gruczoł krokowy (prostata)	**M**	
332	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	M51	III
333	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	M56	IV
334	Wycięcie gruczołu krokowego	M61	III
335	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	M65	III
	Cewka moczowa i inne części układu moczowego	**M**	
336	Wycięcie cewki moczowej	M72	III
337	Operacja naprawcza cewki moczowej	M73	III
338	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	M76	IV
339	Operacje ujścia cewki moczowej	M81	V
	Moszna i jądra	**N**	
340	Wycięcie moszny	N01	IV
341	Obustronne wycięcie jąder	N05	III
342	Jednostronne usunięcie jądra	N06	IV
343	Wycięcie zmiany jądra	N07	IV
344	Obustronna implantacja jąder do moszny	N08	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
345	Proteza jądra	N10	IV
346	Operacja wodniaka jądra	N11	IV
	Powrózek nasienny i krocze (mężczyźni)	**N**	
347	Operacje najądrza	N15	IV
348	Wycięcie nasieniowodu	N17	V
349	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	N18	II
350	Operacja żylaków powrózka nasiennego	N19	IV
351	Operacje pęcherzyków nasiennych	N22	III
352	Operacje krocza u mężczyzn	N24	V
	Prącie i inne męskie narządy płciowe	**N**	
353	Amputacja prącia	N26	III
354	Wycięcie zmiany prącia	N27	IV
355	Operacja plastyczna prącia	N28	IV
356	Proteza prącia	N29	V
357	Operacje napletka	N30	V
	Srom i krocze kobiece	**P**	
358	Operacje łechtaczki	P01	V
359	Operacje gruczołów Bartholina	P03	IV
360	Wycięcie sromu	P05	III
361	Wycięcie zmiany sromu	P06	V
362	Operacja naprawcza sromu	P07	V
363	Wycięcie zmiany krocza u kobiet	P11	V
	Pochwa	**P**	
364	Nacięcie kanału pochwy	P14	V
365	Wycięcie pochwy	P17	V
366	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	P19	IV
367	Wycięcie zmiany pochwy	P20	IV
368	Operacja plastyczna pochwy	P21	V
369	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	P22	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
370	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	P24	V
371	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM)	P29	IV
372	Operacje zatoki Douglasa	P31	V
	Macica	**Q**	
373	Amputacja szyjki macicy	Q01	IV
374	Zniszczenie zmiany szyjki macicy	Q02	V
375	Częściowa amputacja szyjki macicy	Q05	V
376	Wycięcie macicy	Q07	III
377	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	Q09	IV
378	Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metodą histeroskopii	Q16	IV
379	Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	Q20	V
380	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Q22	III
381	Obustronne wycięcie przydatków macicy (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q50	III
382	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Q23	IV
383	Jednostronne wycięcie przydatków macicy (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q51	IV
	Jajowód	**Q**	
384	Całkowite wycięcie jajowodu	Q24	IV
385	Częściowe wycięcie jajowodu	Q25	V
386	Implantacja protezy jajowodu	Q26	V
387	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Q27	V
388	Nacięcie jajowodu	Q31	III
389	Operacje strzępków jajowodu	Q32	V
	Jajnik	**Q**	
390	Obustronne wycięcie jajników (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q48	III
391	Częściowe wycięcie jajnika	Q43	V
392	Zniszczenie zmiany jajnika	Q44	IV
393	Operacja naprawcza jajnika	Q45	V
394	Całkowite wycięcie jajnika (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q49	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Skóra	**S**	
395	Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi	S30	IV
396	Przeszczep skóry w innej okolicy	S31	V
397	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry	S37	V
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	**T**	
398	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	T01	II
399	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	T02	II
400	Otwarte wycięcie opłucnej	T07	II
401	Drenaż opłucnej	T08	III
402	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	T10	IV
403	Nakłucie opłucnej	T12	V
404	Wprowadzenie substancji do opłucnej	T13	V
405	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	T15	I
	Ściana brzucha	**T**	
406	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	T20	V
407	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	T21	IV
408	Pierwotna operacja przepukliny udowej	T22	III
409	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	T23	III
410	Operacja przepukliny pępkowej	T24	V
411	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	T25	IV
412	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	T26	IV
413	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	T27	IV
414	Operacje pępka	T29	III
415	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	T30	IV
	Otrzewna	**T**	
416	Wycięcie zmiany otrzewnej	T33	IV
417	Drenaż otrzewnej	T34	IV
418	Operacje sieci większej	T36	III
419	Operacje krezki jelita cienkiego	T37	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
420	Operacje krezki okrężnicy	T38	III
421	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	T39	IV
422	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	T42	IV
	Powięź, pochewka ścięgna i kaletka	**T**	
423	Przeszczep powięzi	T50	V
424	Wycięcie powięzi brzucha	T51	V
425	Wycięcie innej powięzi	T52	IV
426	Wycięcie zmiany powięzi	T53	V
427	Rozdzielenie powięzi	T54	V
428	Uwolnienie powięzi	T55	V
429	Wycięcie torbieli galaretowatej	T59	V
430	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	T60	V
431	Operacja kaletki	T62	IV
	Ścięgna i mięśnie	**T**	
432	Wycięcie ścięgna z wyłączeniem wycięcia na potrzeby rekonstrukcji więzadeł	T65	IV
433	Operacja naprawcza ścięgna	T67	IV
434	Uwolnienie ścięgna	T69	IV
435	Zmiana długości ścięgna	T70	V
436	Wycięcie pochewki ścięgna	T71	IV
437	Przeszczep mięśni	T76	I
438	Wycięcie mięśnia	T77	V
439	Operacja naprawcza mięśnia	T79	III
440	Uwolnienie przykurczu mięśnia	T80	IV
	Układ limfatyczny	**T**	
441	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	T85	III
442	Drenaż zmiany węzła chłonnego	T88	V
443	Operacje przewodu limfatycznego	T89	II
444	Operacje kieszonki skrzelowej	T94	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Kości i stawy czaszki i twarzy	**V**	
445	Plastyka czaszki	V01	II
446	Otwarcie czaszki	V03	I
447	Wycięcie kości twarzy	V07	IV
448	Nastawienie złamania szczęki	V08	IV
449	Nastawienie złamania innej kości twarzy	V09	III
450	Rozdzielenie kości twarzy	V10	III
451	Stabilizacja kości twarzy	V11	IV
452	Nastawienie złamania kości nosa	V13	V
453	Wycięcie żuchwy	V14	III
454	Nastawienie złamania żuchwy	V15	IV
455	Rozdzielenie żuchwy	V16	IV
456	Stabilizacja żuchwy	V17	IV
457	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	V20	III
	Kości i stawy kręgosłupa	**V**	
458	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V22	II
459	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V23	II
460	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	V24	III
461	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V25	III
462	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V26	I
463	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	V27	II
464	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	V29	II
465	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	V30	II
466	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	V31	II
467	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	V32	I
468	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	V33	III
469	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	V34	II
470	Wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	V35	III
471	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	V37	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
472	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	V38	II
473	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	V39	II
474	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	V41	I
475	Wycięcie zmiany kręgosłupa	V43	II
476	Odbarczenie złamania kręgosłupa	V44	II
477	Stabilizacja złamania kręgosłupa	V46	II
478	Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonane metodą małoinwazyjną	V52	IV
	Kości	**W**	
479	Całkowita rekonstrukcja kciuka	W01	III
480	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	W03	III
481	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	W04	III
482	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	W05	III
483	Całkowite wycięcie kości	W06	IV
484	Wycięcie kości ektopowej	W07	V
485	Operacja haluksów	W08	IV
486	Wycięcie zmiany kości	W09	IV
487	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	W10	III
488	Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	W11	V
489	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	W12	III
490	Rozdzielenie trzonu kości	W14	III
491	Rozdzielenie kości stopy	W15	IV
492	Drenaż kości	W18	IV
493	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W19	IV
494	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W20	IV
495	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	W21	III
496	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	W23	III
497	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W24	IV
498	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W25	IV
499	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	W27	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
500	Wyciąg szkieletowy kości	W29	V
501	Przeszczep szpiku kostnego	W34	IV
502	Terapeutyczne nakłucie kości	W35	V
503	Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza)	W59	IV
504	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	W60	III
505	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W65	III
506	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W67	III
	Operacje dotyczące wielu układów	**X**	
507	Replantacja kończyny górnej	X01	III
508	Replantacja kończyny dolnej	X02	III
509	Replantacja innego organu	X03	III
510	Wszczepienie protezy kończyny	X05	I
511	Amputacja w zakresie ramienia	X07	III
512	Amputacja ręki	X08	IV
513	Amputacja nogi	X09	III
514	Amputacja stopy	X10	IV
515	Amputacja palucha	X11	IV
516	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	X12	IV
517	Amputacja palców częściowa lub całkowita	X13	V
518	Amputacja brzuszno-miednicza	X14	II

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW

OWU/CK14/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW

nr OWU/CK14/1/2025

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW

nr OWU/CK14/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w tej Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli zalecono Ci Powrót do zdrowia, który obejmujemy ubezpieczeniem.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Bonus lekowy** to dodatkowa kwota jaką wypłacimy Ci z tytułu Powrotu do zdrowia. Możesz ją przeznaczyć na przykład na zakup produktów medycznych lub lekarstw w celu poprawy stanu Twojego zdrowia.
5. **Choroba** to zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu, skutków Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.
6. **Choroba psychiczna** to choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10, ICD-11).
7. **Dzień powrotu do zdrowia** to każdy ukończony dzień kalendarzowy Twojego Powrotu do zdrowia. Za pierwszy dzień Powrotu do zdrowia uważa się dzień wypisu ze Szpitala.
8. **Dzień leczenia szpitalnego** to każdy dzień kalendarzowy Leczenia szpitalnego. Pierwszy dzień Leczenia szpitalnego to dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatni dzień Leczenia szpitalnego to dzień wypisu ze Szpitala.
9. **Leczenie szpitalne** to czas, kiedy stale i nieprzerwanie przebywałeś w Szpitalu w wyniku Choroby, Nieszczęśliwego wypadku albo Wypadku komunikacyjnego w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy stanu Twojego zdrowia. W zakresie tej Umowy dodatkowej Leczeniem szpitalnym nie jest hospitalizacja, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
10. **Nieszczęśliwy wypadek** albo **NW** to nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, które:
    - jest niezależne od Twojej woli oraz
    - nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa dodatkowa, oraz
    - spowodowało obrażenie ciała, które jest bezpośrednią i wyłączną przyczyną Leczenia szpitalnego lub Operacji.

    Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
11. **Operacja** to zabieg medyczny wymieniony w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024, przeprowadzony w znieczuleniu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu:
    - wyleczenia lub złagodzenia objawów Choroby lub
    - złagodzenie skutków obrażeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem albo Wypadkiem komunikacyjnym.

    W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacją jest także profilaktyczne usunięcie jajników, przydatków lub piersi (oraz ich rekonstrukcja) wykonane ze wskazań medycznych w celu ograniczenia ryzyka wystąpienia nowotworu złośliwego. W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych z wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej Operacji wymienionych w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024.
12. **Poradnia przyszpitalna** to komórka organizacyjna podmiotu leczniczego prowadzącego Szpital i tworząca funkcjonalną całość ze Szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym.
13. **Powrót do zdrowia** to nieprzerwany okres Twojego powrotu do zdrowia i sił, następujący bezpośrednio po Leczeniu szpitalnym lub Operacji, zalecony przez Lekarza i którego czas trwania został określony w zaświadczeniu lekarskim,

w szczególności w dokumencie, który określa czasową niezdolność do pracy. Zaświadczenie lekarskie o którym mowa wyżej jest wydane przez:

- Szpital w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji lub
- Poradnię przyszpitalną będącą komórką organizacyjną podmiotu prowadzącego Szpital, w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji.

14. **Sport motorowodny** to aktywność sportowa, w której używa się silnikowych jednostek pływających do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
15. **Sport motorowy** to aktywność sportowa, w której używa się pojazdów silnikowych do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
16. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą podaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić, z tytułu Powrotu do zdrowia i Bonusu lekowego. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i Opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.
17. **Szpital** to zamknięty zakład opieki zdrowotnej, który zgodnie z przepisami prawa kraju, na terenie którego prowadzi działalność, uprawniony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. W rozumieniu tej 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, zakład opieki paliatywnej.
18. **Środek lokomocji** jest to:
    - zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
    - zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
    - samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
    - pasażerski statek wodny.
19. **Świadczenie** to pieniądze, w tym Bonus lekowy, które Ci wypłacimy z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem potwierdzenia naszej odpowiedzialności.
20. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
21. **Wypadek komunikacyjny** to Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległeś korzystając ze Środka lokomocji lub jako pieszy.
22. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Powrót do zdrowia.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 18. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Powrót do zdrowia po Leczeniu szpitalnym lub Operacji, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku:

a) Choroby albo
b) Nieszczęśliwego wypadku, albo
c) Wypadku komunikacyjnego.

Art. 4 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia?

1. Kwota, jaką Ci wypłacimy w przypadku Powrotu do zdrowia jest uzależniona od przyczyny Twojego Leczenia szpitalnego lub Operacji. Obliczymy ją w oparciu o odpowiedni wskaźnik procentowy Sumy ubezpieczenia obowiązującej w pierwszym Dniu Powrotu do zdrowia (zgodnie z poniższą tabelą) pomnożony przez liczbę Dni Powrotu do zdrowia:

Przyczyna Leczenia szpitalnego lub Operacji	Świadczenie z tytułu Powrotu do zdrowia
Choroba	1% Sumy ubezpieczenia za każdy dzień Powrotu do zdrowia
Nieszczęśliwy wypadek	1% Sumy ubezpieczenia za każdy dzień Powrotu do zdrowia
Wypadek komunikacyjny	1,5% Sumy ubezpieczenia za każdy dzień Powrotu do zdrowia

2. Wypłacimy Ci Świadczenie za każdy Dzień Twojego Powrotu do zdrowia, który rozpoczyna się w dniu wypisu ze Szpitala i nastąpił po:
   a) Twoim Leczeniu szpitalnym trwającym co najmniej 8 dni albo
   b) Operacji określonej w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024, której zostałeś poddany.
3. W jednym okresie Powrotu do zdrowia przysługuje Ci jedno Świadczenie, maksymalnie za 30 Dni Powrotu do zdrowia. W zależności od przyczyny Leczenia szpitalnego lub Operacji oraz liczby Dni Powrotu do zdrowia, wypłacimy odpowiednio:
   a) wielokrotność dziennego świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia należnego po Chorobie albo
   b) wielokrotność dziennego świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia należnego po Nieszczęśliwym wypadku albo
   c) wielokrotność dziennego świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia należnego po Wypadku komunikacyjnym.
4. Leczenia szpitalnego nie przerywa:
   a) przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
   b) czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz jednorazowa nieobecność nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Leczenia szpitalnego.
5. Do ustalenia prawa do wypłaty Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia nie są brane pod uwagę dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
6. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostaniesz poddany kolejnej Operacji, o takim samym kodzie według Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024, wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 30 dni Powrotu do zdrowia.
   Ta zasada nie ma zastosowania, gdy powtórna Operacja zostanie wykonana na drugim narządzie z pary.
7. Jeśli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja zawarta w Tabeli Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024, wypłacimy Ci wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Powrotu do zdrowia.
8. W przypadku każdego Powrotu do zdrowia wypłacimy Ci jeden Bonus lekowy. Wysokość kwoty Bonusu lekowego jest uzależniona od przyczyny Twojego Leczenia szpitalnego lub Operacji poprzedzających Powrót do zdrowia i jest równy Sumie ubezpieczenia obowiązującej w pierwszym Dniu powrotu do zdrowia, przemnożonej przez odpowiedni wskaźnik procentowy, zgodnie z poniższą tabelą:

Przyczyna Leczenia szpitalnego lub Operacji	Bonus lekowy
Choroba	2% Sumy ubezpieczenia
Nieszczęśliwy wypadek	2% Sumy ubezpieczenia
Wypadek komunikacyjny	3% Sumy ubezpieczenia

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. W przypadku rozpoczęcia okresu Powrotu do zdrowia poinformuj nas o tym. W tym celu złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość;
   b) w przypadku składania wniosku w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden weryfikacja tożsamości może zostać dokonana na podstawie mobilnego dokumentu stwierdzającego tożsamość;
   c) dokumentów medycznych, które potwierdzą Leczenie szpitalne lub Operację:
      - karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś;

d) dokumentów, które potwierdzą zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego, np. notatki urzędowej z policji;
e) kopii zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu, potwierdzających zalecenie Powrotu do zdrowia, wydanych przez Szpital, w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji lub Poradnię przyszpitalną;
f) dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

Art. 6 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak otrzymamy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Świadczenia w tym terminie, Świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe. Jednak kwotę bezsporną wypłacimy zawsze w ciągu 30 dni od kiedy otrzymamy od Ciebie wniosek o wypłatę.

Art. 7 Kiedy nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia, jeżeli Leczenie szpitalne lub Operacja zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   d) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
   e) Choroby psychicznej,
   f) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
   g) leczenia niepłodności, sterylizacji, sztucznego zapłodnienia, aborcji lub poronienia samoistnego,
   h) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
   i) prowadzenia przez Ciebie Środka lokomocji, jeśli:
      - nie posiadałeś uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub
      - pojazd lub inny Środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
   j) Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze:
      - Sporty motorowe,
      - Sporty motorowodne,
      - wspinaczka wysokogórska i skałkowa,
      - nurkowanie,
      - speleologia,
      - sporty walki,
      - skoki do wody.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia, po poniższych Operacjach oraz związanym z nimi Leczeniem szpitalnym:
   a) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków lub rekonstrukcji piersi po mastektomii ze wskazań medycznych,
   b) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków,
   c) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zeza),
   d) szycia rany skóry i tkanki podskórnej,
   e) cesarskiego cięcia,
   f) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy.
3. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia, jeżeli Leczenie szpitalne lub Operacja, zostały zlecone przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. W przypadku dokupienia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące stanu Twojego zdrowia, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
6. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy, poprzez wysłanie mu Dokumentu ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć razem z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową w wybranym wariancie zawieramy:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy podstawowej licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
3. Umowa dodatkowa trwa maksymalnie do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli łączna kwota Świadczeń wypłaconych Tobie w czasie trwania poprzedniej umowy nie wyniosła 500% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to przedłużymy tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   b) z upływem okresu na jaki została zawarta,
   c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
   d) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z dotychczas wypłaconymi Świadczeniami osiągnie poziom 500% Sumy ubezpieczenia.
   Limit 500% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych z tytułu tej Umowy dodatkowej w okresie, na jaki została zawarta.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy, Twojego wieku, okresu, na jaki Umowa dodatkowa jest zawierana oraz zniżek, których udzieliliśmy.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) stan Twojego zdrowia,

b) zawód, który wykonujesz oraz
c) sporty i hobby, które uprawiasz.

3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Suma Ubezpieczenia może zostać zmieniona na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Suma Ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 latach od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona w ramach tej Umowy dodatkowej. Zmianę taką można przeprowadzić w miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia zostanie przeprowadzona pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej oraz limitów wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat.
4. Suma Ubezpieczenia może zostać podwyższona w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące stanu Twojego zdrowia, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
8. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, które nie są uregulowane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków Umowy podstawowej.
2. Pojęcia, które zapisaliśmy wielką literą, a nie zdefiniowaliśmy ich w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 15 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r. Weszły one w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Tkanka mózgowa	**A**	
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A01	I
2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	A02	I
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A03	I
4	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	A05	II
5	Neurostymulacja mózgu	A09	II
	Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa	**A**	
6	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	A12	III
7	Rewizja wentrykulostomii	A13	III
8	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	A17	III
9	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	A22	II
	Nerwy czaszkowe	**A**	
10	Przeszczep nerwów czaszkowych	A24	I
11	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A25	I
12	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	A28	II
13	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A29	I
14	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A30	I
15	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	A31	II
16	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	A33	III
	Opony mózgowe	**A**	
17	Wycięcie zmiany opon mózgowych	A38	I
18	Operacja naprawcza opony twardej	A39	I
19	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A40	I
20	Drenaż przestrzeni podoponowej	A41	I
21	Operacje krwiaka nad- lub podoponowego	A42	II
	Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego	**A**	
22	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A44	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
23	Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych	A56	III
24	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	A57	I
	Nerwy obwodowe	**A**	
25	Wycięcie nerwu obwodowego	A59	IV
26	Zniszczenie nerwu obwodowego	A60	IV
27	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	A61	IV
28	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	A62	III
29	Odbarczenie nerwu obwodowego	A67	IV
	Inne części układu nerwowego	**A**	
30	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	A75	III
	Przysadka i szyszynka	**B**	
31	Wycięcie przysadki	B01	I
32	Zniszczenie przysadki	B02	II
33	Wycięcie zmiany przysadki	B04	II
34	Operacje szyszynki	B06	I
	Tarczyca i przytarczyce	**B**	
35	Całkowite wycięcie tarczycy	B08	III
36	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	B09	II
37	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	B10	III
38	Wycięcie przytarczyc(y)	B14	II
39	Częściowe wycięcie tarczycy	B16	IV
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	**B**	
40	Wycięcie grasicy	B18	III
41	Wycięcie nadnercza lub nadnerczy	B22	III
42	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	B23	III
	Piersi (Sutek)	**B**	
43	Jednostronne usunięcie piersi	B27	III
44	Kwadrantektomia	B28	IV
45	Operacje rekonstrukcyjne piersi (w tym także po mastektomii prewencyjnej ze wskazań medycznych)	B30	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
46	Operacje na przewodach mlekonośnych piersi	B34	IV
47	Operacje brodawki sutkowej	B35	IV
48	Obustronne usunięcie piersi	B36	II
49	Wycięcie zmiany piersi	B37	V
	Oczodół	**C**	
50	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	C01	III
51	Wycięcie zmiany oczodołu	C02	III
52	Wszczepienie protezy oka	C03	IV
53	Rewizja protezy oka	C04	IV
54	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C05	III
55	Nacięcie oczodołu	C06	IV
	Powieki i gruczoł łzowy	**C**	
56	Wycięcie zmiany powieki	C12	V
57	Rekonstrukcja powieki	C14	IV
58	Korekcja deformacji powieki	C15	IV
59	Operacja gruczołu łzowego	C24	IV
	Mięśnie oka	**C**	
60	Połączone operacje mięśni oka	C31	III
61	Cofnięcie mięśnia oka	C32	IV
62	Wycięcie mięśnia oka	C33	IV
63	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	C34	IV
	Spojówka i rogówka	**C**	
64	Usunięcie zmiany spojówki	C39	V
65	Operacja naprawcza spojówki	C40	IV
66	Wycięcie zmiany rogówki	C45	IV
67	Zeszycie rogówki	C47	IV
68	Nacięcie rogówki	C49	IV
	Twardówka i tęczówka	**C**	
69	Wycięcie zmiany twardówki	C53	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
70	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	C54	III
71	Nacięcie twardówki	C55	IV
72	Wycięcie tęczówki	C59	IV
73	Operacje filtrujące tęczówki	C60	III
74	Nacięcie tęczówki	C62	IV
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	**C**	
75	Wycięcie ciała rzęskowego	C66	IV
76	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C71	IV
77	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C72	IV
78	Nacięcie torebki soczewki	C73	V
	Siatkówka i inne części oka	**C**	
79	Operacje ciała szklistego	C79	III
80	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	C81	IV
81	Zniszczenie zmiany siatkówki	C82	IV
	Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny	**D**	
82	Usunięcie zmiany ucha zewnetrznego	D02	IV
83	Plastyka ucha zewnętrznego	D03	III
84	Drenaż ucha zewnętrznego	D04	V
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	**D**	
85	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	D10	II
86	Operacje naprawcze błony bębenkowej	D14	IV
87	Drenaż ucha środkowego	D15	V
88	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	D16	III
89	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D19	IV
	Nos	**E**	
90	Amputacja (resekcja) nosa	E01	III
91	Operacje plastyczne nosa	E02	III
92	Operacje przegrody nosa	E03	V
93	Operacje małżowiny nosa	E04	V

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
94	Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	E05	IV
95	Tamponada tylna nosa	E06	V
96	Operacje nosa zewnętrznego	E09	V
	Zatoki przynosowe	**E**	
97	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E12	IV
98	Operacje zatoki szczękowej z innego dostępu	E13	V
99	Operacje zatoki czołowej	E14	IV
100	Operacje zatoki klinowej	E15	IV
101	Operacje zatoki sitowej	E17	V
	Gardło	**E**	
102	Wycięcie gardła	E19	I
103	Operacje naprawcze gardła	E21	III
104	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E24	III
	Krtań	**E**	
105	Wycięcie krtani	E29	III
106	Otwarte wycięcie zmiany krtani	E30	III
107	Odtworzenie krtani	E31	I
108	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne krtani	E34	IV
	Tchawica i oskrzela	**E**	
109	Częściowe wycięcie tchawicy	E39	I
110	Operacje plastyczne tchawicy	E40	III
111	Otwarta implantacja protezy tchawicy	E41	III
112	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	E42	IV
113	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	E44	III
114	Częściowe wycięcie oskrzela	E46	III
115	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dolnych dróg oddechowych	E48	III
	Płuca i śródpiersie	**E**	
116	Przeszczep płuca	E53	I
117	Wycięcie płuca	E54	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
118	Otwarte wycięcie zmiany płuca	E55	I
119	Otwarte operacje śródpiersia	E61	IV
120	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E62	III
121	Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia	E63	IV
	Wargi, język, migdałki i inne części jamy ustnej	**F**	
122	Usunięcie zmiany wargi	F02	V
123	Korekcja deformacji wargi	F03	V
124	Wycięcie języka	F22	III
125	Wycięcie zmiany języka	F23	V
126	Nacięcie języka	F24	V
127	Operacja naprawcza języka	F26	V
128	Wycięcie zmiany podniebienia	F28	V
129	Korekcja zniekształcenia podniebienia (pourazowa)	F29	IV
130	Wycięcie zmiany innych części jamy ustnej	F38	V
131	Odtworzenie innej części jamy ustnej	F39	IV
132	Wycięcie zmiany migdałka	F20	V
	Ślinianki	**F**	
133	Wycięcie ślinianki	F44	IV
134	Wycięcie zmiany ślinianki	F45	IV
135	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	F50	IV
136	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	F51	IV
137	Podwiązanie przewodu ślinianki	F52	V
138	Poszerzenie przewodu ślinianki	F55	V
	Przełyk	**G**	
139	Wycięcie przełyku i żołądka	G01	I
140	Całkowite wycięcie przełyku	G02	I
141	Częściowe wycięcie przełyku	G03	III
142	Otwarte wycięcie zmiany przełyku	G04	III
143	Zespolenie omijające przełyku	G05	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
144	Rewizja zespolenia przełykowego	G06	III
145	Operacja naprawcza przełyku	G07	I
146	Wytworzenie przetoki przełykowej	G08	III
147	Otwarte operacje żylaków przełyku	G10	III
148	Otwarta implantacja protezy przełyku	G11	III
149	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	G14	V
150	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	G23	IV
	Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego	**G**	
151	Całkowite wycięcie żołądka	G27	I
152	Częściowe wycięcie żołądka	G28	III
153	Otwarte wycięcie zmiany żołądka	G29	III
154	Operacje plastyczne żołądka	G30	III
155	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	G31	III
156	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	G32	III
157	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	G34	III
158	Operacje wrzodu żołądka	G35	III
159	Nacięcie odźwiernika	G40	III
160	Endoskopowe usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego	G43	V
	Dwunastnica	**G**	
161	Wycięcie dwunastnicy	G49	III
162	Otwarte usunięcie zmiany dwunastnicy	G50	II
163	Zespolenie omijające dwunastnicę	G51	III
164	Operacje wrzodu dwunastnicy	G52	III
165	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dwunastnicy	G54	V
	Jelito czcze	**G**	
166	Wycięcie jelita czczego	G58	III
167	Wycięcie zmiany jelita czczego	G59	III
168	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	G60	III
169	Zespolenie omijające jelito czcze	G61	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
170	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita czczego	G64	III
	Jelito kręte	**G**	
171	Wycięcie jelita krętego	G69	III
172	Otwarte wycięcie zmiany jelita krętego	G70	III
173	Zespolenie omijające jelito kręte	G71	III
174	Rewizja zespolenia jelita krętego	G73	III
175	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	G74	III
176	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	G75	III
177	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	G76	III
178	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita krętego	G79	III
	Uchyłek Meckela i wyrostek robaczkowy	**G,H**	
179	Wycięcie uchyłka Meckela	G82	IV
180	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	H01	V
	Okrężnica	**H**	
181	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	H04	I
182	Całkowite wycięcie okrężnicy	H05	I
183	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	H06	II
184	Wycięcie poprzecznicy	H08	II
185	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	H09	II
186	Wycięcie esicy	H10	II
187	Operacyjne wycięcie zmiany okrężnicy	H12	III
188	Zespolenie omijające okrężnicę	H13	III
189	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	H14	III
190	Nacięcie okrężnicy	H16	III
191	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	H17	III
192	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	H18	III
193	Endoskopowe usunięcie zmiany jelita grubego	H20	V
	Odbytnica	**H**	
194	Wycięcie odbytnicy	H33	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
195	Otwarte wycięcie zmiany odbytnicy	H34	III
196	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	H40	III
197	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	H42	III
	Odbyt i okolica okołoodbytnicza	**H**	
198	Operacja szczeliny odbytu	H48	V
199	Operacja ropnia okołoodbytniczego	H49	V
200	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	H51	IV
201	Zniszczenie guzków krwawniczych (hemoroidów)	H52	V
202	Operacja przetoki okołoodbytniczej	H55	V
203	Wycięcie torbieli włosowej	H59	IV
	Wątroba	**J**	
204	Przeszczep wątroby	J01	I
205	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	J02	I
206	Wycięcie zmiany wątroby	J03	III
207	Operacja naprawcza wątroby	J04	II
208	Nacięcie wątroby	J05	IV
209	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	J08	IV
210	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	J10	IV
	Pęcherzyk żółciowy	**J**	
211	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	J18	V
212	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	J19	II
213	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	J21	IV
214	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	J24	IV
	Przewody żółciowe	**J**	
215	Wycięcie przewodu żółciowego	J27	II
216	Wycięcie zmiany przewodu żółciowego	J28	III
217	Zespolenie przewodu wątrobowego	J29	I
218	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	J30	III
219	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	J31	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
220	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	J32	II
221	Nacięcie przewodu żółciowego	J33	III
222	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	J34	III
223	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	J38	IV
224	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	J40	IV
225	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	J42	IV
226	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	J46	IV
227	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	J47	IV
228	Zabiegi terapeutyczne dróg żółciowych z dostępu przez dren T	J49	IV
	Trzustka	**J**	
229	Przeszczep trzustki	J54	I
230	Całkowite wycięcie trzustki	J55	I
231	Wycięcie głowy trzustki	J56	I
232	Wycięcie zmiany trzustki	J58	III
233	Zespolenie przewodu trzustkowego	J59	II
234	Otwarty drenaż zmiany trzustki	J61	II
235	Nacięcie trzustki	J62	III
236	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	J66	V
	Śledziona	**J**	
237	Całkowite wycięcie śledziony	J69	III
	Ściany, przegrody i komory serca	**K**	
238	Przeszczep serca i płuc	K01	I
239	Operacja naprawcza serca (zeszycie uszkodzenia mechanicznego mięśnia sercowego)	K02	I
240	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	K04	I
241	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	K05	I
242	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	K07	I
243	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	K09	I
244	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	K10	I
245	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	K11	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
246	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	K12	I
247	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	K15	II
248	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	K16	I
249	Wytworzenie dróg odpływu z serca	K18	I
250	Plastyka przedsionka serca	K20	I
	Zastawki serca i struktury towarzyszące	**K**	
251	Walwuloplastyka mitralna	K25	I
252	Walwuloplastyka aortalna	K26	I
253	Plastyka zastawki trójdzielnej	K27	I
254	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	K28	I
255	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	K29	I
256	Rewizja plastyki zastawki serca	K30	I
257	Walwulotomia	K31	I
258	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	K35	II
259	Usunięcie zwężenia struktur towarzyszących zastawce serca	K37	I
	Tętnice wieńcowe	**K**	
260	Pomost aortalno-wieńcowy	K40	I
261	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	K43	I
262	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	K45	I
263	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	K47	I
264	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	K49	III
	Inne części serca i osierdzie	**K**	
265	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	K52	I
266	Wszczepienie systemu wspomagania serca	K56	II
267	Przeznaczyniowe zabiegi dotyczące układu bodźcoprzewodzącego i bodźcotwórczego	K57	III
268	Przeżylne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	K60	III
269	Inny system rozrusznika serca	K61	I
270	Wycięcie osierdzia	K67	I
271	Drenaż osierdzia	K68	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
272	Przecięcie osierdzia	K69	IV
	Duże naczynia i tętnica płucna	**L**	
273	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	L01	I
274	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	L02	I
275	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	L03	I
276	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	L05	I
277	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	L07	I
278	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	L10	I
279	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	L13	II
	Tętnica główna (aorta)	**L**	
280	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	L16	I
281	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	L18	I
282	Rewizja protezy aortalnej	L22	I
283	Operacja naprawcza aorty	L23	I
284	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	L26	II
	Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa	**L**	
285	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	L29	I
286	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	L31	II
287	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	L33	I
288	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	L35	II
289	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	L37	I
290	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	L39	II
	Odgałęzienia aorty brzusznej	**L**	
291	Odtworzenie tętnicy nerkowej	L41	I
292	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	L43	II
293	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	L45	I
294	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	L47	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	**L**	
295	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	L48	I
296	Odtworzenie tętnicy biodrowej	L52	I
297	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	L54	II
298	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	L56	I
299	Odtworzenie tętnicy udowej	L60	I
300	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	L63	III
	Inne tętnice i żyły	**L**	
301	Wycięcie innej tętnicy	L67	II
302	Operacja naprawcza innej tętnicy	L68	II
303	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	L71	IV
304	Zespolenie tętniczo-żylne	L74	IV
305	Usunięcie zespolenia tętniczo-żylnego	L75	IV
306	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	L82	IV
307	Wycięcie chirurgiczne żylaków kończyn dolnych	L86	IV
308	Zniszczenie żylaków kończyn dolnych metodą małoiwazyjną	L87	V
309	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	L90	III
	Nerki	**M**	
310	Przeszczep nerki	M01	II
311	Całkowite wycięcie nerki	M02	II
312	Częściowe wycięcie nerki	M03	III
313	Wycięcie zmiany w nerce	M04	III
314	Operacja naprawcza nerki	M05	III
315	Nacięcie nerki	M06	III
316	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	M09	III
317	Zabiegi terapeutyczne nerek z dostępu przez nefrostomię	M15	III
	Moczowód	**M**	
318	Wycięcie moczowodu	M18	III
319	Odprowadzenie moczu przez przetokę	M19	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
320	Ponowne wszczepienie moczowodu	M20	III
321	Operacja naprawcza moczowodu	M22	III
322	Nacięcie moczowodu	M23	III
323	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	M26	III
324	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	M27	IV
325	Operacje ujścia moczowodu	M32	IV
	Pęcherz moczowy	**M**	
326	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	M34	I
327	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	M35	III
328	Powiększenie pęcherza moczowego	M36	II
329	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	M38	IV
330	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	M42	III
331	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	M43	IV
	Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego, gruczoł krokowy (prostata)	**M**	
332	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	M51	III
333	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	M56	IV
334	Wycięcie gruczołu krokowego	M61	III
335	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	M65	III
	Cewka moczowa i inne części układu moczowego	**M**	
336	Wycięcie cewki moczowej	M72	III
337	Operacja naprawcza cewki moczowej	M73	III
338	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	M76	IV
339	Operacje ujścia cewki moczowej	M81	V
	Moszna i jądra	**N**	
340	Wycięcie moszny	N01	IV
341	Obustronne wycięcie jąder	N05	III
342	Jednostronne usunięcie jądra	N06	IV
343	Wycięcie zmiany jądra	N07	IV
344	Obustronna implantacja jąder do moszny	N08	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
345	Proteza jądra	N10	IV
346	Operacja wodniaka jądra	N11	IV
	Powrózek nasienny i krocze (mężczyźni)	**N**	
347	Operacje najądrza	N15	IV
348	Wycięcie nasieniowodu	N17	V
349	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	N18	II
350	Operacja żylaków powrózka nasiennego	N19	IV
351	Operacje pęcherzyków nasiennych	N22	III
352	Operacje krocza u mężczyzn	N24	V
	Prącie i inne męskie narządy płciowe	**N**	
353	Amputacja prącia	N26	III
354	Wycięcie zmiany prącia	N27	IV
355	Operacja plastyczna prącia	N28	IV
356	Proteza prącia	N29	V
357	Operacje napletka	N30	V
	Srom i krocze kobiece	**P**	
358	Operacje łechtaczki	P01	V
359	Operacje gruczołów Bartholina	P03	IV
360	Wycięcie sromu	P05	III
361	Wycięcie zmiany sromu	P06	V
362	Operacja naprawcza sromu	P07	V
363	Wycięcie zmiany krocza u kobiet	P11	V
	Pochwa	**P**	
364	Nacięcie kanału pochwy	P14	V
365	Wycięcie pochwy	P17	V
366	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	P19	IV
367	Wycięcie zmiany pochwy	P20	IV
368	Operacja plastyczna pochwy	P21	V
369	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	P22	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
370	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	P24	V
371	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM)	P29	IV
372	Operacje zatoki Douglasa	P31	V
	Macica	**Q**	
373	Amputacja szyjki macicy	Q01	IV
374	Zniszczenie zmiany szyjki macicy	Q02	V
375	Częściowa amputacja szyjki macicy	Q05	V
376	Wycięcie macicy	Q07	III
377	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	Q09	IV
378	Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metodą histeroskopii	Q16	IV
379	Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	Q20	V
380	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Q22	III
381	Obustronne wycięcie przydatków macicy (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q50	III
382	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Q23	IV
383	Jednostronne wycięcie przydatków macicy (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q51	IV
	Jajowód	**Q**	
384	Całkowite wycięcie jajowodu	Q24	IV
385	Częściowe wycięcie jajowodu	Q25	V
386	Implantacja protezy jajowodu	Q26	V
387	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Q27	V
388	Nacięcie jajowodu	Q31	III
389	Operacje strzępków jajowodu	Q32	V
	Jajnik	**Q**	
390	Obustronne wycięcie jajników (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q48	III
391	Częściowe wycięcie jajnika	Q43	V
392	Zniszczenie zmiany jajnika	Q44	IV
393	Operacja naprawcza jajnika	Q45	V
394	Całkowite wycięcie jajnika (w tym także prewencyjnie ze wskazań medycznych)	Q49	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Skóra	**S**	
395	Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi	S30	IV
396	Przeszczep skóry w innej okolicy	S31	V
397	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry	S37	V
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	**T**	
398	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	T01	II
399	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	T02	II
400	Otwarte wycięcie opłucnej	T07	II
401	Drenaż opłucnej	T08	III
402	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	T10	IV
403	Nakłucie opłucnej	T12	V
404	Wprowadzenie substancji do opłucnej	T13	V
405	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	T15	I
	Ściana brzucha	**T**	
406	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	T20	V
407	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	T21	IV
408	Pierwotna operacja przepukliny udowej	T22	III
409	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	T23	III
410	Operacja przepukliny pępkowej	T24	V
411	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	T25	IV
412	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	T26	IV
413	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	T27	IV
414	Operacje pępka	T29	III
415	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	T30	IV
	Otrzewna	**T**	
416	Wycięcie zmiany otrzewnej	T33	IV
417	Drenaż otrzewnej	T34	IV
418	Operacje sieci większej	T36	III
419	Operacje krezki jelita cienkiego	T37	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
420	Operacje krezki okrężnicy	T38	III
421	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	T39	IV
422	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	T42	IV
	Powięź, pochewka ścięgna i kaletka	**T**	
423	Przeszczep powięzi	T50	V
424	Wycięcie powięzi brzucha	T51	V
425	Wycięcie innej powięzi	T52	IV
426	Wycięcie zmiany powięzi	T53	V
427	Rozdzielenie powięzi	T54	V
428	Uwolnienie powięzi	T55	V
429	Wycięcie torbieli galaretowatej	T59	V
430	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	T60	V
431	Operacja kaletki	T62	IV
	Ścięgna i mięśnie	**T**	
432	Wycięcie ścięgna z wyłączeniem wycięcia na potrzeby rekonstrukcji więzadeł	T65	IV
433	Operacja naprawcza ścięgna	T67	IV
434	Uwolnienie ścięgna	T69	IV
435	Zmiana długości ścięgna	T70	V
436	Wycięcie pochewki ścięgna	T71	IV
437	Przeszczep mięśni	T76	I
438	Wycięcie mięśnia	T77	V
439	Operacja naprawcza mięśnia	T79	III
440	Uwolnienie przykurczu mięśnia	T80	IV
	Układ limfatyczny	**T**	
441	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	T85	III
442	Drenaż zmiany węzła chłonnego	T88	V
443	Operacje przewodu limfatycznego	T89	II
444	Operacje kieszonki skrzelowej	T94	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Kości i stawy czaszki i twarzy	**V**	
445	Plastyka czaszki	V01	II
446	Otwarcie czaszki	V03	I
447	Wycięcie kości twarzy	V07	IV
448	Nastawienie złamania szczęki	V08	IV
449	Nastawienie złamania innej kości twarzy	V09	III
450	Rozdzielenie kości twarzy	V10	III
451	Stabilizacja kości twarzy	V11	IV
452	Nastawienie złamania kości nosa	V13	V
453	Wycięcie żuchwy	V14	III
454	Nastawienie złamania żuchwy	V15	IV
455	Rozdzielenie żuchwy	V16	IV
456	Stabilizacja żuchwy	V17	IV
457	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	V20	III
	Kości i stawy kręgosłupa	**V**	
458	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V22	II
459	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V23	II
460	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	V24	III
461	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V25	III
462	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V26	I
463	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	V27	II
464	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	V29	II
465	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	V30	II
466	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	V31	II
467	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	V32	I
468	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	V33	III
469	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	V34	II
470	Wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	V35	III
471	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	V37	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
472	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	V38	II
473	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	V39	II
474	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	V41	I
475	Wycięcie zmiany kręgosłupa	V43	II
476	Odbarczenie złamania kręgosłupa	V44	II
477	Stabilizacja złamania kręgosłupa	V46	II
478	Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonane metodą małoinwazyjną	V52	IV
	Kości	**W**	
479	Całkowita rekonstrukcja kciuka	W01	III
480	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	W03	III
481	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	W04	III
482	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	W05	III
483	Całkowite wycięcie kości	W06	IV
484	Wycięcie kości ektopowej	W07	V
485	Operacja haluksów	W08	IV
486	Wycięcie zmiany kości	W09	IV
487	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	W10	III
488	Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	W11	V
489	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	W12	III
490	Rozdzielenie trzonu kości	W14	III
491	Rozdzielenie kości stopy	W15	IV
492	Drenaż kości	W18	IV
493	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W19	IV
494	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W20	IV
495	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	W21	III
496	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	W23	III
497	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W24	IV
498	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W25	IV
499	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	W27	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
500	Wyciąg szkieletowy kości	W29	V
501	Przeszczep szpiku kostnego	W34	IV
502	Terapeutyczne nakłucie kości	W35	V
503	Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza)	W59	IV
504	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	W60	III
505	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W65	III
506	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W67	III
	Operacje dotyczące wielu układów	**X**	
507	Replantacja kończyny górnej	X01	III
508	Replantacja kończyny dolnej	X02	III
509	Replantacja innego organu	X03	III
510	Wszczepienie protezy kończyny	X05	I
511	Amputacja w zakresie ramienia	X07	III
512	Amputacja ręki	X08	IV
513	Amputacja nogi	X09	III
514	Amputacja stopy	X10	IV
515	Amputacja palucha	X11	IV
516	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	X12	IV
517	Amputacja palców częściowa lub całkowita	X13	V
518	Amputacja brzuszno-miednicza	X14	II

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW

OWU/HA12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Informacje dotyczące: Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW

nr OWU/HA12/1/2025

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW

nr OWU/HA12/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w tej Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli t zostaniesz poddany Leczeniu szpitalnemu, Leczeniu szpitalnemu o długotrwałym charakterze lub Operacji, które obejmujemy ubezpieczeniem.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Choroba** to zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu, skutków Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.
5. **Choroba psychiczna to** choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10, ICD-11).
6. **Dzień leczenia szpitalnego** to każdy dzień kalendarzowy Leczenia szpitalnego. Pierwszy dzień Leczenia szpitalnego to dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatni dzień Leczenia szpitalnego to dzień wypisu ze Szpitala.
7. **Leczenie szpitalne** to czas, kiedy stale i nieprzerwanie przebywałeś w Szpitalu w wyniku NW w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy stanu Twojego zdrowia. W zakresie tej Umowy dodatkowej Leczeniem szpitalnym nie jest hospitalizacja, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
8. **Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze** to Leczenie szpitalne, które trwało nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
9. **Nieszczęśliwy wypadek** albo **NW** to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które:
   - jest niezależne od Twojej woli oraz
   - nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa dodatkowa, oraz
   - spowodowało obrażenie ciała, które jest bezpośrednią i wyłączną przyczyną Leczenia szpitalnego, Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze lub Operacji.

   Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
10. **Operacja** to zabieg medyczny wymieniony w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024, przeprowadzony w znieczuleniu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu złagodzenia skutków obrażeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym.
    W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, z wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej Operacji wymienionych w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024.
11. **Sport motorowodny** to aktywność sportowa, w której używa się silnikowych jednostek pływających do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
12. **Sport motorowy** to aktywność sportowa, w której używa się pojazdów silnikowych do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
13. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą podaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić, w razie Leczenia szpitalnego, Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze lub Operacji. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.
14. **Szpital** to zamknięty zakład opieki zdrowotnej, który zgodnie z przepisami prawa kraju, na terenie którego prowadzi działalność, uprawniony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. W rozumieniu tej 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, zakład opieki paliatywnej.

15. **Środek lokomocji** jest to:
    - zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
    - zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
    - samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
    - pasażerski statek wodny.
16. **Świadczenie** to pieniądze, które Ci wypłacimy w razie Leczenia szpitalnego, Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze lub Operacji.
17. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
18. **Wypadek komunikacyjny** to Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległeś korzystając ze Środka lokomocji lub jako pieszy.
19. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Leczenie szpitalne, Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze i Operacja.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 1. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Możesz być objęty ochroną w ramach jednego z dwóch dostępnych wariantów ochrony:
   a) wariant podstawowy (kod HN12),
   b) wariant premium (kod HA12).
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej:
   a) Leczenie szpitalne,
   b) Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze,
   c) Operację.

Art. 4 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia w przypadku Leczenia szpitalnego?

1. Jeśli trafisz do Szpitala i Leczenie szpitalne będzie trwało min. 2 dni wypłacimy Ci jedno ze Świadczeń opisanych poniżej:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie
Leczenie szpitalne, o ile trwało nieprzerwanie 2 lub 3 dni	0,5% Sumy ubezpieczenia za jedno Leczenie szpitalne
Leczenie szpitalne, o ile trwało nieprzerwanie min. 4 dni	1% Sumy ubezpieczenia za każdy Dzień Leczenia szpitalnego
Leczenie szpitalne, o ile trwało nieprzerwanie min. 4 dni, jeśli leczenie to dotyczy obrażeń doznanych wskutek Wypadku komunikacyjnego	1,5% Sumy ubezpieczenia za każdy Dzień Leczenia szpitalnego

2. Kwotę Świadczenia obliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia, jaka obowiązywała w pierwszym Dniu leczenia szpitalnego.
3. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie za te same Dni leczenia szpitalnego.
4. Przysługuje Ci Świadczenie tylko za jedno Leczenie szpitalne, które trwało nieprzerwanie 2 lub 3 dni w danym Roku polisowym.
5. Leczenia szpitalnego nie przerywa:
   a) przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
   b) czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz nieobecność ta nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Leczenia szpitalnego. Dni czasowej nieobecności w Szpitalu nie są liczone jako Dni leczenia szpitalnego i nie jest za te dni wypłacane Świadczenie.

Art. 5 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia w przypadku Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze?

1. W przypadku Leczenia szpitalnego o długotrwałym charakterze wypłacimy Ci dodatkowo 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w 14. dniu tego leczenia, nie wliczając w to dni czasowej nieobecności w szpitalu.
2. Przysługuje Ci Świadczenie tylko za jedno Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze w Roku polisowym.

Art. 6 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia w przypadku Operacji?

1. W Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024 wskazaliśmy wszystkie Operacje, które obejmujemy odpowiedzialnością. Do każdej z nich przypisaliśmy kategorię, na podstawie której wyliczymy kwotę Świadczenia.
2. Aby obliczyć wysokość Świadczenia, mnożymy Sumę ubezpieczenia przez wskaźnik procentowy przyporządkowany do kategorii Operacji, jakiej zostałeś poddany, zgodnie z poniższą tabelą.

Kategoria Operacji	Wskaźnik procentowy do wyliczenia Świadczenia
I	100%
II	75%
III	50%
IV	25%
V	10%

3. Kwotę Świadczenia obliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia, jaka obowiązywała w dniu przeprowadzenia Operacji.
4. Jeżeli objęty jesteś ochroną w wariancie premium, to w przypadku gdy zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja, która nie została wymieniona w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024 wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przeprowadzenia tej Operacji. Świadczenie to wypłacimy tylko za jedną Operację przeprowadzoną w Roku polisowym.
5. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostaniesz poddany kolejnej Operacji o takim samym kodzie według Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024 wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Ta zasada nie ma zastosowania, gdy powtórna Operacja zostanie wykonana na drugim narządzie z pary.
6. Jeżeli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja zawarta w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024 wypłacimy Ci Świadczenie tylko za tę Operację, za którą należne jest najwyższe Świadczenie.

Art. 7 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. Jeżeli byłeś poddany Leczeniu szpitalnemu, Leczeniu szpitalnemu o długotrwałym charakterze lub Operacji poinformuj nas o tym. W tym celu złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość,
   b) w przypadku składania wniosku w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden weryfikacja tożsamości może zostać dokonana na podstawie mobilnego dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   c) dokumentów medycznych, które potwierdzą Leczenie szpitalne, Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze lub Operację:
      - karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś,
   d) dokumentów, które potwierdzą zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego, np. notatki urzędowej z policji,
   e) dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. W przypadku gdy Leczenie szpitalne trwało co najmniej 30 dni i trwa nadal, możesz złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia za ten 30-dniowy okres.

Art. 8 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak otrzymamy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Świadczenia w tym terminie, Świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe. Jednak kwotę bezsporną wypłacimy zawsze w ciągu 30 dni, od kiedy otrzymamy od Ciebie wniosek o wypłatę.

Art. 9 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Leczenie szpitalne, Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze lub Operacja zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   d) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem,
   e) prowadzenia przez Ciebie Środka lokomocji, jeśli:
      - nie posiadałeś uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub
      - pojazd lub inny Środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
   f) Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze:
      - Sporty motorowe, Sporty motorowodne,
      - wspinaczka wysokogórska i skałkowa,
      - nurkowanie,
      - speleologia,
      - sporty walki,
      - skoki do wody.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Operacji oraz za związane z nimi Leczenie szpitalne lub Leczenie szpitalne o długotrwałym charakterze, jeżeli:
   a) Operacja dotyczyła jedynie szycia rany skóry i tkanki podskórnej,
   b) Leczenie szpitalne lub Operacja zostały zlecone przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 10 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. W przypadku dokupienia dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące Twojego zawodu, uprawianego sportu i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka,
   c) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy,

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
6. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy, poprzez wysłanie mu Dokumentu ubezpieczenia.

Art. 11 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć razem z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową w wybranym wariancie zawieramy:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy podstawowej licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
3. Umowa dodatkowa trwa maksymalnie do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli łączna kwota świadczeń wypłaconych Tobie w czasie trwania poprzedniej umowy nie wyniosła 500% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to przedłużymy tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 13 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:
a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
b) z upływem okresu na jaki została zawarta,
c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
d) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z dotychczas wypłaconymi Świadczeniami osiągnie poziom 500% Sumy ubezpieczenia.
   Limit 500% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych z tytułu tej Umowy dodatkowej w okresie, na jaki została zawarta.

Art. 14 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy, Twojego wieku, okresu, na jaki Umowa dodatkowa jest zawierana oraz zniżek, których udzieliliśmy.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) zawód, który wykonujesz oraz
   b) sporty i hobby, które uprawiasz.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 15 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Suma Ubezpieczenia może zostać zmieniona na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Suma Ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 latach od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona w ramach tej Umowy dodatkowej. Zmianę taką można przeprowadzić w miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia zostanie przeprowadzona pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej oraz limitów wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat.
4. Suma Ubezpieczenia może zostać podwyższona w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące stanu Twojego zawodu, uprawianego sportu i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka,
   c) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.
   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.

7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
8. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 16 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, które nie są uregulowane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków Umowy podstawowej.
2. Pojęcia, które zapisaliśmy wielką literą, a nie zdefiniowaliśmy ich w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 17 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r. Weszły one w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Tabela Operacji w wyniku NW nr 1/2024

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Tkanka mózgowa	**A**	
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A01	I
2	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A03	I
3	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	A05	II
	Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa	**A**	
4	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	A12	III
5	Rewizja wentrykulostomii	A13	III
6	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	A17	III
7	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	A22	II
	Nerwy czaszkowe	**A**	
8	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A30	I
9	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	A31	II
	Opony mózgowe	**A**	
10	Operacja naprawcza opony twardej	A39	I
11	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A40	I
12	Drenaż przestrzeni podoponowej	A41	I
13	Operacje krwiaka nad- lub podoponowego	A42	II
	Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego	**A**	
14	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A44	I
15	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	A57	I
	Nerwy obwodowe	**A**	
16	Wycięcie nerwu obwodowego	A59	IV
17	Zniszczenie nerwu obwodowego	A60	IV
18	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	A62	III
19	Odbarczenie nerwu obwodowego	A67	IV
	Inne części układu nerwowego	**A**	
20	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	A75	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	**B**	
21	Wycięcie nadnercza lub nadnerczy	B22	III
	Oczodół	**C**	
22	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	C01	III
23	Wszczepienie protezy oka	C03	IV
24	Rewizja protezy oka	C04	IV
25	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C05	III
26	Nacięcie oczodołu	C06	IV
	Mięśnie oka	**C**	
27	Połączone operacje mięśni oka	C31	III
28	Cofnięcie mięśnia oka	C32	IV
29	Wycięcie mięśnia oka	C33	IV
30	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	C34	IV
	Spojówka i rogówka	**C**	
31	Zeszycie rogówki	C47	IV
32	Nacięcie rogówki	C49	IV
	Twardówka i tęczówka	**C**	
33	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	C54	III
34	Nacięcie twardówki	C55	IV
35	Wycięcie tęczówki	C59	IV
36	Operacje filtrujące tęczówki	C60	III
37	Nacięcie tęczówki	C62	IV
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	**C**	
38	Wycięcie ciała rzęskowego	C66	IV
39	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C71	IV
40	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C72	IV
41	Nacięcie torebki soczewki	C73	V
	Siatkówka i inne części oka	**C**	
42	Operacje ciała szklistego	C79	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
43	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	C81	IV
	Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny	**D**	
44	Drenaż ucha zewnętrznego	D04	V
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	**D**	
45	Operacje naprawcze błony bębenkowej	D14	IV
46	Drenaż ucha środkowego	D15	V
47	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	D16	III
	Nos	**E**	
48	Amputacja (resekcja) nosa	E01	III
49	Operacje plastyczne nosa	E02	III
50	Operacje przegrody nosa	E03	V
51	Operacje małżowiny nosa	E04	V
52	Tamponada tylna nosa	E06	V
53	Operacje nosa zewnętrznego	E09	V
	Gardło	**E**	
54	Wycięcie gardła	E19	I
55	Operacje naprawcze gardła	E21	III
56	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E24	III
	Krtań	**E**	
57	Wycięcie krtani	E29	III
58	Otwarte wycięcie zmiany krtani	E30	III
59	Odtworzenie krtani	E31	I
60	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne krtani	E34	IV
	Tchawica i oskrzela	**E**	
61	Częściowe wycięcie tchawicy	E39	I
62	Operacje plastyczne tchawicy	E40	III
63	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	E42	IV
64	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	E44	III
65	Częściowe wycięcie oskrzela	E46	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
66	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dolnych dróg oddechowych	E48	III
	Płuca i śródpiersie	**E**	
67	Wycięcie płuca	E54	I
68	Otwarte operacje śródpiersia	E61	IV
69	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E62	III
	Wargi, język, migdałki i inne części jamy ustnej	**F**	
70	Wycięcie języka	F22	III
71	Nacięcie języka	F24	V
72	Korekcja zniekształcenia podniebienia (pourazowa)	F29	IV
73	Odtworzenie innej części jamy ustnej	F39	IV
	Przełyk	**G**	
74	Wycięcie przełyku i żołądka	G01	I
75	Całkowite wycięcie przełyku	G02	I
76	Częściowe wycięcie przełyku	G03	III
77	Operacja naprawcza przełyku	G07	I
78	Wytworzenie przetoki przełykowej	G08	III
79	Otwarta implantacja protezy przełyku	G11	III
	Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego	**G**	
80	Całkowite wycięcie żołądka	G27	I
81	Częściowe wycięcie żołądka	G28	III
82	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	G31	III
83	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	G32	III
84	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	G34	III
	Dwunastnica	**G**	
85	Wycięcie dwunastnicy	G49	III
86	Zespolenie omijające dwunastnicę	G51	III
	Jelito czcze	**G**	
87	Wycięcie jelita czczego	G58	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
88	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	G60	III
89	Zespolenie omijające jelito czcze	G61	III
	Jelito kręte	**G**	
90	Wycięcie jelita krętego	G69	III
91	Zespolenie omijające jelito kręte	G71	III
92	Rewizja zespolenia jelita krętego	G73	III
93	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	G74	III
94	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	G75	III
	Okrężnica	**H**	
95	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	H04	I
96	Całkowite wycięcie okrężnicy	H05	I
97	Wycięcie poprzecznicy	H08	II
98	Wycięcie esicy	H10	II
99	Zespolenie omijające okrężnicę	H13	III
100	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	H14	III
101	Nacięcie okrężnicy	H16	III
102	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	H18	III
	Odbytnica	**H**	
103	Wycięcie odbytnicy	H33	II
104	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	H40	III
	Wątroba	**J**	
105	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	J02	I
106	Operacja naprawcza wątroby	J04	II
107	Nacięcie wątroby	J05	IV
108	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	J08	IV
109	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	J10	IV
	Pęcherzyk żółciowy	**J**	
110	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	J18	V

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Przewody żółciowe	**J**	
111	Wycięcie przewodu żółciowego	J27	II
112	Zespolenie przewodu wątrobowego	J29	I
113	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	J30	III
114	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	J31	III
115	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	J32	II
116	Nacięcie przewodu żółciowego	J33	III
117	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	J40	IV
118	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	J42	IV
119	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	J46	IV
120	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	J47	IV
	Trzustka	**J**	
121	Całkowite wycięcie trzustki	J55	I
122	Nacięcie trzustki	J62	III
	Śledziona	**J**	
123	Całkowite wycięcie śledziony	J69	III
	Inne części serca i osierdzie	**K**	
124	Drenaż osierdzia	K68	II
125	Przecięcie osierdzia	K69	IV
	Duże naczynia i tętnica płucna	**L**	
126	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	L07	I
127	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	L10	I
128	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	L13	II
	Tętnica główna (aorta)	**L**	
129	Operacja naprawcza aorty	L23	I
	Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa	**L**	
130	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	L29	I
131	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	L37	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Odgałęzienia aorty brzusznej	**L**	
132	Odtworzenie tętnicy nerkowej	L41	I
133	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	L45	I
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	**L**	
134	Odtworzenie tętnicy biodrowej	L52	I
	Inne tętnice i żyły	**L**	
135	Wycięcie innej tętnicy	L67	II
136	Operacja naprawcza innej tętnicy	L68	II
	Nerki	**M**	
137	Całkowite wycięcie nerki	M02	II
138	Częściowe wycięcie nerki	M03	III
139	Operacja naprawcza nerki	M05	III
140	Nacięcie nerki	M06	III
	Moczowód	**M**	
141	Wycięcie moczowodu	M18	III
142	Odprowadzenie moczu przez przetokę	M19	II
143	Ponowne wszczepienie moczowodu	M20	III
144	Operacja naprawcza moczowodu	M22	III
145	Nacięcie moczowodu	M23	III
	Pęcherz moczowy	**M**	
146	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	M34	I
147	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	M35	III
148	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	M38	IV
	Cewka moczowa i inne części układu moczowego	**M**	
149	Operacja naprawcza cewki moczowej	M73	III
	Moszna i jądra	**N**	
150	Wycięcie moszny	N01	IV
151	Obustronne wycięcie jąder	N05	III
152	Jednostronne usunięcie jądra	N06	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
153	Obustronna implantacja jąder do moszny	N08	III
154	Proteza jądra	N10	IV
155	Operacja wodniaka jądra	N11	IV
	Powrózek nasienny i krocze (mężczyźni)	**N**	
156	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	N18	II
157	Operacje krocza u mężczyzn	N24	V
	Prącie i inne męskie narządy płciowe	**N**	
158	Amputacja prącia	N26	III
159	Operacja plastyczna prącia	N28	IV
160	Proteza prącia	N29	V
	Srom i krocze kobiece	**P**	
161	Operacja naprawcza sromu	P07	V
	Macica	**Q**	
162	Wycięcie macicy	Q07	III
163	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Q22	III
	Jajowód	**Q**	
164	Częściowe wycięcie jajowodu	Q25	V
	Jajnik	**Q**	
165	Częściowe wycięcie jajnika	Q43	V
166	Operacja naprawcza jajnika	Q45	V
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	**T**	
167	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	T01	II
168	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	T02	II
169	Drenaż opłucnej	T08	III
170	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	T10	IV
171	Wprowadzenie substancji do opłucnej	T13	V
172	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	T15	I
	Otrzewna	**T**	
173	Drenaż otrzewnej	T34	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
174	Operacje krezki jelita cienkiego	T37	III
175	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	T39	IV
	Powięź, pochewka ścięgna i kaletka	**T**	
176	Wycięcie powięzi brzucha	T51	V
	Ścięgna i mięśnie	**T**	
177	Operacja naprawcza ścięgna	T67	IV
178	Operacja naprawcza mięśnia	T79	III
	Kości i stawy czaszki i twarzy	**V**	
179	Plastyka czaszki	V01	II
180	Otwarcie czaszki	V03	I
181	Wycięcie kości twarzy	V07	IV
182	Nastawienie złamania szczęki	V08	IV
183	Nastawienie złamania innej kości twarzy	V09	III
184	Stabilizacja kości twarzy	V11	IV
185	Nastawienie złamania kości nosa	V13	V
186	Wycięcie żuchwy	V14	III
187	Nastawienie złamania żuchwy	V15	IV
188	Stabilizacja żuchwy	V17	IV
189	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	V20	III
	Kości i stawy kręgosłupa	**V**	
190	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V22	II
191	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V23	II
192	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	V24	III
193	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V25	III
194	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V26	I
195	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	V27	II
196	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	V37	I
197	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	V38	II
198	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	V39	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
199	Odbarczenie złamania kręgosłupa	V44	II
200	Stabilizacja złamania kręgosłupa	V46	II
	Kości	**W**	
201	Całkowita rekonstrukcja kciuka	W01	III
202	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	W03	III
203	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	W04	III
204	Całkowite wycięcie kości	W06	IV
205	Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	W11	V
206	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W19	IV
207	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W20	IV
208	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	W21	III
209	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	W23	III
210	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W24	IV
211	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W25	IV
212	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	W27	IV
213	Wyciąg szkieletowy kości	W29	V
214	Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza)	W59	IV
215	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	W60	III
216	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W65	III
217	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W67	III
	Operacje dotyczące wielu układów	**X**	
218	Replantacja kończyny górnej	X01	III
219	Replantacja kończyny dolnej	X02	III
220	Replantacja innego organu	X03	III
221	Wszczepienie protezy kończyny	X05	I
222	Amputacja w zakresie ramienia	X07	III
223	Amputacja ręki	X08	IV
224	Amputacja nogi	X09	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
225	Amputacja stopy	X10	IV
226	Amputacja palucha	X11	IV
227	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	X12	IV
228	Amputacja palców częściowa lub całkowita	X13	V
229	Amputacja brzuszno-miednicza	X14	II

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW

OWU/CN14/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:
Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW
nr OWU/CN14/1/2025

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW

nr OWU/CN14/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w tej Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli zalecono Ci Powrót do zdrowia, który obejmujemy ubezpieczeniem.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Bonus lekowy** to dodatkowa kwota jaką wypłacimy Ci z tytułu Powrotu do zdrowia. Możesz ją przeznaczyć na przykład na zakup produktów medycznych lub lekarstw w celu poprawy stanu Twojego zdrowia.
5. **Choroba** to zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu, skutków Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.
6. **Choroba psychiczna** to choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10, ICD-11).
7. **Dzień powrotu do zdrowia** to każdy ukończony dzień kalendarzowy Twojego Powrotu do zdrowia. Za pierwszy dzień Powrotu do zdrowia uważa się dzień wypisu ze Szpitala.
8. **Dzień leczenia szpitalnego** to każdy dzień kalendarzowy Leczenia szpitalnego. Pierwszy dzień Leczenia szpitalnego to dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatni dzień Leczenia szpitalnego to dzień wypisu ze Szpitala.
9. **Leczenie szpitalne** to czas, kiedy stale i nieprzerwanie przebywałeś w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo Wypadku komunikacyjnego w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy stanu Twojego zdrowia. W zakresie tej Umowy dodatkowej Leczeniem szpitalnym nie jest hospitalizacja, której celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
10. **Nieszczęśliwy wypadek** albo **NW** to nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, które:
    - jest niezależne od Twojej woli oraz
    - nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa dodatkowa, oraz
    - spowodowało obrażenie ciała, które jest bezpośrednią i wyłączną przyczyną Leczenia szpitalnego lub Operacji.

    Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
11. **Operacja** to zabieg medyczny wymieniony w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024, przeprowadzony w znieczuleniu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu złagodzenia skutków obrażeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem albo Wypadkiem komunikacyjnym.
    W rozumieniu Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, z wyjątkiem zabiegu obejmującego jedną lub więcej Operacji wymienionych w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024.
12. **Poradnia przyszpitalna** to komórka organizacyjna podmiotu leczniczego prowadzącego Szpital i tworząca funkcjonalną całość ze Szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym.
13. **Powrót do zdrowia** to nieprzerwany okres Twojego powrotu do zdrowia i sił, następujący bezpośrednio po Leczeniu szpitalnym lub Operacji, zalecony przez Lekarza i którego czas trwania został określony w zaświadczeniu lekarskim, w szczególności w dokumencie, który określa czasową niezdolność do pracy. Zaświadczenie lekarskie o którym mowa powyżej jest wydane przez:
    - Szpital w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji lub
    - Poradnię przyszpitalną będącą komórką organizacyjną podmiotu prowadzącego Szpital, w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji.

14. **Sport motorowodny** to aktywność sportowa, w której używa się silnikowych jednostek pływających do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
15. **Sport motorowy** to aktywność sportowa, w której używa się pojazdów silnikowych do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
16. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą podaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy jakie Świadczenie Ci wypłacić z tytułu Powrotu do zdrowia i Bonusu lekowego. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i Opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.
17. **Szpital** to zamknięty zakład opieki zdrowotnej, który zgodnie z przepisami prawa kraju, na terenie którego prowadzi działalność, uprawniony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. W rozumieniu tej 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, zakład opieki paliatywnej.
18. **Środek lokomocji** jest to:
    - zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
    - zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
    - samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
    - pasażerski statek wodny.
19. **Świadczenie** to pieniądze, w tym Bonus lekowy, które Ci wypłacimy z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem potwierdzenia naszej odpowiedzialności.
20. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
21. **Wypadek komunikacyjny** to Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległeś korzystając ze Środka lokomocji lub jako pieszy.
22. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Powrót do zdrowia.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 18. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Powrót do zdrowia po Leczeniu szpitalnym lub Operacji, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku:

a) Nieszczęśliwego wypadku albo
b) Wypadku komunikacyjnego.

Art. 4 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia?

1. Kwota, jaką Ci wypłacimy w przypadku Powrotu do zdrowia jest uzależniona od przyczyny Twojego Leczenia szpitalnego lub Operacji. Obliczymy ją w oparciu o odpowiedni wskaźnik procentowy Sumy ubezpieczenia obowiązującej w pierwszym Dniu powrotu do zdrowia (zgodnie z poniższą tabelą), pomnożony przez liczbę Dni Powrotu do zdrowia:

Przyczyna Leczenia szpitalnego lub Operacji	Świadczenie z tytułu Powrotu do zdrowia
Nieszczęśliwy wypadek	1% Sumy ubezpieczenia za każdy dzień Powrotu do zdrowia
Wypadek komunikacyjny	1,5% Sumy ubezpieczenia za każdy dzień Powrotu do zdrowia

2. Wypłacimy Ci Świadczenie za każdy Dzień Twojego Powrotu do zdrowia, który rozpoczyna się w dniu wypisu ze Szpitala i nastąpił po:
    a) Twoim Leczeniu szpitalnym trwającym co najmniej 8 dni albo
    b) Operacji określonej w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024, której zostałeś poddany.

3. W jednym okresie Powrotu do zdrowia przysługuje Ci jedno Świadczenie, maksymalnie za 30 Dni Powrotu do zdrowia.
   W zależności od przyczyny Leczenia szpitalnego lub Operacji oraz liczby Dni powrotu do zdrowia, wypłacimy odpowiednio:
   a) wielokrotność dziennego świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia należnego po Nieszczęśliwym wypadku albo
   b) wielokrotność dziennego świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia należnego po Wypadku komunikacyjnym.
4. Leczenia szpitalnego nie przerywa:
   a) przeniesienie Ciebie do innego Szpitala, zgodnie z zaleceniem uprawnionego Lekarza,
   b) czasowa nieobecność w Szpitalu, pod warunkiem, że zgodę na nią w formie pisemnej wyraził Lekarz do tego uprawniony oraz jednorazowa nieobecność nie trwała dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Leczenia szpitalnego.
5. Do ustalenia prawa do wypłaty Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia nie są brane pod uwagę dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
6. Jeżeli w ciągu 30 dni od przeprowadzenia pierwszej Operacji zostaniesz poddany kolejnej Operacji o takim samym kodzie według Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024, wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 30 dni Powrotu do zdrowia.
   Ta zasada nie ma zastosowania, gdy powtórna Operacja zostanie wykonana na drugim narządzie z pary.
7. Jeśli podczas jednej Operacji zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja zawarta w Tabeli Operacji w wyniku NW nr 1/2024, wypłacimy Ci wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Powrotu do zdrowia.
8. W przypadku każdego Powrotu do zdrowia wypłacimy Ci jeden Bonus lekowy. Wysokość kwoty Bonusu lekowego jest uzależniona od przyczyny Twojego Leczenia szpitalnego lub Operacji poprzedzających Powrót do zdrowia i jest równy Sumie ubezpieczenia obowiązującej w pierwszym Dniu Powrotu do zdrowia, przemnożonej przez odpowiedni wskaźnik procentowy, zgodnie z poniższą tabelą:

Przyczyna Leczenia szpitalnego lub Operacji	Bonus lekowy
Nieszczęśliwy wypadek	2% Sumy ubezpieczenia
Wypadek komunikacyjny	3% Sumy ubezpieczenia

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. W przypadku rozpoczęcia okresu Powrotu do zdrowia poinformuj nas o tym. W tym celu złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość;
   b) w przypadku składania wniosku w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden weryfikacja tożsamości może zostać dokonana na podstawie mobilnego dokumentu stwierdzającego tożsamość;
   c) dokumentów medycznych, które potwierdzą Leczenie szpitalne lub Operację:
      - karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      - w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywałeś;
   d) dokumentów, które potwierdzą zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego, np. notatki urzędowej z policji;
   e) kopii zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu, potwierdzających zalecenie Powrotu do zdrowia, wydanych przez Szpital, w którym przebywałeś lub byłeś poddany Operacji, lub Poradnię przyszpitalną;
   f) dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

Art. 6 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak otrzymamy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Świadczenia w tym terminie, Świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe. Jednak kwotę bezsporną wypłacimy zawsze w ciągu 30 dni od kiedy otrzymamy od Ciebie wniosek o wypłatę.

Art. 7 Kiedy nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia, jeżeli Leczenie szpitalne lub Operacja zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   d) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem,
   e) prowadzenia przez Ciebie Środka lokomocji, jeśli:
      - nie posiadałeś uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub
      - pojazd lub inny Środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
   f) Twojego udziału w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze:
      - Sporty motorowe,
      - Sporty motorowodne,
      - wspinaczka wysokogórska i skałkowa,
      - nurkowanie,
      - speleologia,
      - sporty walki,
      - skoki do wody.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Powrotu do zdrowia, jeżeli:
   a) Operacja oraz związane z nią Leczenie szpitalne dotyczyło jedynie szycia rany skóry i tkanki podskórnej,
   b) Leczenie szpitalne lub Operacja, zostały zlecone przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. W przypadku dokupienia dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przypada w pierwszym dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące Twojego zawodu, uprawianego sportu i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka,
   c) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
6. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy, poprzez wysłanie mu Dokumentu ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć razem z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową w wybranym wariancie zawieramy:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy podstawowej licząc od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.

3. Umowa dodatkowa trwa maksymalnie do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, zaproponujemy przedłużenie Umowy dodatkowej, jeśli łączna kwota Świadczeń wypłaconych Tobie w czasie trwania poprzedniej umowy nie wyniosła 500% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to przedłużymy tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:

a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
b) z upływem okresu na jaki została zawarta,
c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
d) z dniem wypłaty Świadczenia, które wraz z dotychczas wypłaconymi Świadczeniami osiągnie poziom 500% Sumy ubezpieczenia.

Limit 500% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty Świadczeń wypłaconych z tytułu tej Umowy dodatkowej w okresie, na jaki została zawarta.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy, Twojego wieku, okresu, na jaki Umowa dodatkowa jest zawierana oraz zniżek, których udzieliliśmy.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) zawód, który wykonujesz oraz
   b) sporty i hobby, które uprawiasz.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Suma Ubezpieczenia może zostać zmieniona na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Suma Ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 latach od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona w ramach tej Umowy dodatkowej. Zmianę taką można przeprowadzić w miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia zostanie przeprowadzona pod warunkiem zachowania minimalnej Składki ochronnej oraz limitów wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat.
4. Suma Ubezpieczenia może zostać podwyższona w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy poprosić o:
   a) informacje dotyczące Twojego zawodu, uprawianego sportu i hobby,
   b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka,
   c) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
8. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, które nie są uregulowane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków Umowy podstawowej.
2. Pojęcia, które zapisaliśmy wielką literą, a nie zdefiniowaliśmy ich w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej, mają znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 15 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r. Weszły one w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela Operacji w wyniku NW nr 1/2024

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Tkanka mózgowa	**A**	
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A01	I
2	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A03	I
3	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	A05	II
	Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa	**A**	
4	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	A12	III
5	Rewizja wentrykulostomii	A13	III
6	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	A17	III
7	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	A22	II
	Nerwy czaszkowe	**A**	
8	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A30	I
9	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	A31	II
	Opony mózgowe	**A**	
10	Operacja naprawcza opony twardej	A39	I
11	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A40	I
12	Drenaż przestrzeni podoponowej	A41	I
13	Operacje krwiaka nad- lub podoponowego	A42	II
	Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego	**A**	
14	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A44	I
15	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	A57	I
	Nerwy obwodowe	**A**	
16	Wycięcie nerwu obwodowego	A59	IV
17	Zniszczenie nerwu obwodowego	A60	IV
18	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	A62	III
19	Odbarczenie nerwu obwodowego	A67	IV
	Inne części układu nerwowego	**A**	
20	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	A75	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	**B**	
21	Wycięcie nadnercza lub nadnerczy	B22	III
	Oczodół	**C**	
22	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	C01	III
23	Wszczepienie protezy oka	C03	IV
24	Rewizja protezy oka	C04	IV
25	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C05	III
26	Nacięcie oczodołu	C06	IV
	Mięśnie oka	**C**	
27	Połączone operacje mięśni oka	C31	III
28	Cofnięcie mięśnia oka	C32	IV
29	Wycięcie mięśnia oka	C33	IV
30	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	C34	IV
	Spojówka i rogówka	**C**	
31	Zeszycie rogówki	C47	IV
32	Nacięcie rogówki	C49	IV
	Twardówka i tęczówka	**C**	
33	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	C54	III
34	Nacięcie twardówki	C55	IV
35	Wycięcie tęczówki	C59	IV
36	Operacje filtrujące tęczówki	C60	III
37	Nacięcie tęczówki	C62	IV
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	**C**	
38	Wycięcie ciała rzęskowego	C66	IV
39	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C71	IV
40	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	C72	IV
41	Nacięcie torebki soczewki	C73	V
	Siatkówka i inne części oka	**C**	
42	Operacje ciała szklistego	C79	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
43	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	C81	IV
	Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny	**D**	
44	Drenaż ucha zewnętrznego	D04	V
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	**D**	
45	Operacje naprawcze błony bębenkowej	D14	IV
46	Drenaż ucha środkowego	D15	V
47	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	D16	III
	Nos	**E**	
48	Amputacja (resekcja) nosa	E01	III
49	Operacje plastyczne nosa	E02	III
50	Operacje przegrody nosa	E03	V
51	Operacje małżowiny nosa	E04	V
52	Tamponada tylna nosa	E06	V
53	Operacje nosa zewnętrznego	E09	V
	Gardło	**E**	
54	Wycięcie gardła	E19	I
55	Operacje naprawcze gardła	E21	III
56	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E24	III
	Krtań	**E**	
57	Wycięcie krtani	E29	III
58	Otwarte wycięcie zmiany krtani	E30	III
59	Odtworzenie krtani	E31	I
60	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne krtani	E34	IV
	Tchawica i oskrzela	**E**	
61	Częściowe wycięcie tchawicy	E39	I
62	Operacje plastyczne tchawicy	E40	III
63	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	E42	IV
64	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	E44	III
65	Częściowe wycięcie oskrzela	E46	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
66	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dolnych dróg oddechowych	E48	III
	Płuca i śródpiersie	**E**	
67	Wycięcie płuca	E54	I
68	Otwarte operacje śródpiersia	E61	IV
69	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E62	III
	Wargi, język, migdałki i inne części jamy ustnej	**F**	
70	Wycięcie języka	F22	III
71	Nacięcie języka	F24	V
72	Korekcja zniekształcenia podniebienia (pourazowa)	F29	IV
73	Odtworzenie innej części jamy ustnej	F39	IV
	Przełyk	**G**	
74	Wycięcie przełyku i żołądka	G01	I
75	Całkowite wycięcie przełyku	G02	I
76	Częściowe wycięcie przełyku	G03	III
77	Operacja naprawcza przełyku	G07	I
78	Wytworzenie przetoki przełykowej	G08	III
79	Otwarta implantacja protezy przełyku	G11	III
	Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego	**G**	
80	Całkowite wycięcie żołądka	G27	I
81	Częściowe wycięcie żołądka	G28	III
82	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	G31	III
83	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	G32	III
84	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	G34	III
	Dwunastnica	**G**	
85	Wycięcie dwunastnicy	G49	III
86	Zespolenie omijające dwunastnicę	G51	III
	Jelito czcze	**G**	
87	Wycięcie jelita czczego	G58	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
88	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	G60	III
89	Zespolenie omijające jelito czcze	G61	III
	Jelito kręte	**G**	
90	Wycięcie jelita krętego	G69	III
91	Zespolenie omijające jelito kręte	G71	III
92	Rewizja zespolenia jelita krętego	G73	III
93	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	G74	III
94	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	G75	III
	Okrężnica	**H**	
95	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	H04	I
96	Całkowite wycięcie okrężnicy	H05	I
97	Wycięcie poprzecznicy	H08	II
98	Wycięcie esicy	H10	II
99	Zespolenie omijające okrężnicę	H13	III
100	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	H14	III
101	Nacięcie okrężnicy	H16	III
102	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	H18	III
	Odbytnica	**H**	
103	Wycięcie odbytnicy	H33	II
104	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	H40	III
	Wątroba	**J**	
105	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	J02	I
106	Operacja naprawcza wątroby	J04	II
107	Nacięcie wątroby	J05	IV
108	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	J08	IV
109	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	J10	IV
	Pęcherzyk żółciowy	**J**	
110	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	J18	V

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Przewody żółciowe	**J**	
111	Wycięcie przewodu żółciowego	J27	II
112	Zespolenie przewodu wątrobowego	J29	I
113	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	J30	III
114	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	J31	III
115	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	J32	II
116	Nacięcie przewodu żółciowego	J33	III
117	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	J40	IV
118	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	J42	IV
119	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	J46	IV
120	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	J47	IV
	Trzustka	**J**	
121	Całkowite wycięcie trzustki	J55	I
122	Nacięcie trzustki	J62	III
	Śledziona	**J**	
123	Całkowite wycięcie śledziony	J69	III
	Inne części serca i osierdzie	**K**	
124	Drenaż osierdzia	K68	II
125	Przecięcie osierdzia	K69	IV
	Duże naczynia i tętnica płucna	**L**	
126	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	L07	I
127	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	L10	I
128	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	L13	II
	Tętnica główna (aorta)	**L**	
129	Operacja naprawcza aorty	L23	I
	Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa	**L**	
130	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	L29	I
131	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	L37	I

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
	Odgałęzienia aorty brzusznej	**L**	
132	Odtworzenie tętnicy nerkowej	L41	I
133	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	L45	I
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	**L**	
134	Odtworzenie tętnicy biodrowej	L52	I
	Inne tętnice i żyły	**L**	
135	Wycięcie innej tętnicy	L67	II
136	Operacja naprawcza innej tętnicy	L68	II
	Nerki	**M**	
137	Całkowite wycięcie nerki	M02	II
138	Częściowe wycięcie nerki	M03	III
139	Operacja naprawcza nerki	M05	III
140	Nacięcie nerki	M06	III
	Moczowód	**M**	
141	Wycięcie moczowodu	M18	III
142	Odprowadzenie moczu przez przetokę	M19	II
143	Ponowne wszczepienie moczowodu	M20	III
144	Operacja naprawcza moczowodu	M22	III
145	Nacięcie moczowodu	M23	III
	Pęcherz moczowy	**M**	
146	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	M34	I
147	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	M35	III
148	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	M38	IV
	Cewka moczowa i inne części układu moczowego	**M**	
149	Operacja naprawcza cewki moczowej	M73	III
	Moszna i jądra	**N**	
150	Wycięcie moszny	N01	IV
151	Obustronne wycięcie jąder	N05	III
152	Jednostronne usunięcie jądra	N06	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
153	Obustronna implantacja jąder do moszny	N08	III
154	Proteza jądra	N10	IV
155	Operacja wodniaka jądra	N11	IV
	Powrózek nasienny i krocze (mężczyźni)	**N**	
156	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	N18	II
157	Operacje krocza u mężczyzn	N24	V
	Prącie i inne męskie narządy płciowe	**N**	
158	Amputacja prącia	N26	III
159	Operacja plastyczna prącia	N28	IV
160	Proteza prącia	N29	V
	Srom i krocze kobiece	**P**	
161	Operacja naprawcza sromu	P07	V
	Macica	**Q**	
162	Wycięcie macicy	Q07	III
163	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Q22	III
	Jajowód	**Q**	
164	Częściowe wycięcie jajowodu	Q25	V
	Jajnik	**Q**	
165	Częściowe wycięcie jajnika	Q43	V
166	Operacja naprawcza jajnika	Q45	V
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	**T**	
167	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	T01	II
168	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	T02	II
169	Drenaż opłucnej	T08	III
170	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	T10	IV
171	Wprowadzenie substancji do opłucnej	T13	V
172	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	T15	I
	Otrzewna	**T**	
173	Drenaż otrzewnej	T34	IV

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
174	Operacje krezki jelita cienkiego	T37	III
175	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	T39	IV
	Powięź, pochewka ścięgna i kaletka	**T**	
176	Wycięcie powięzi brzucha	T51	V
	Ścięgna i mięśnie	**T**	
177	Operacja naprawcza ścięgna	T67	IV
178	Operacja naprawcza mięśnia	T79	III
	Kości i stawy czaszki i twarzy	**V**	
179	Plastyka czaszki	V01	II
180	Otwarcie czaszki	V03	I
181	Wycięcie kości twarzy	V07	IV
182	Nastawienie złamania szczęki	V08	IV
183	Nastawienie złamania innej kości twarzy	V09	III
184	Stabilizacja kości twarzy	V11	IV
185	Nastawienie złamania kości nosa	V13	V
186	Wycięcie żuchwy	V14	III
187	Nastawienie złamania żuchwy	V15	IV
188	Stabilizacja żuchwy	V17	IV
189	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	V20	III
	Kości i stawy kręgosłupa	**V**	
190	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V22	II
191	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	V23	II
192	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	V24	III
193	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V25	III
194	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	V26	I
195	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	V27	II
196	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	V37	I
197	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	V38	II
198	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	V39	II

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
199	Odbarczenie złamania kręgosłupa	V44	II
200	Stabilizacja złamania kręgosłupa	V46	II
	Kości	**W**	
201	Całkowita rekonstrukcja kciuka	W01	III
202	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	W03	III
203	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	W04	III
204	Całkowite wycięcie kości	W06	IV
205	Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	W11	V
206	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W19	IV
207	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W20	IV
208	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	W21	III
209	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	W23	III
210	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową	W24	IV
211	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	W25	IV
212	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	W27	IV
213	Wyciąg szkieletowy kości	W29	V
214	Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza)	W59	IV
215	Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza)	W60	III
216	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W65	III
217	Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	W67	III
	Operacje dotyczące wielu układów	**X**	
218	Replantacja kończyny górnej	X01	III
219	Replantacja kończyny dolnej	X02	III
220	Replantacja innego organu	X03	III
221	Wszczepienie protezy kończyny	X05	I
222	Amputacja w zakresie ramienia	X07	III
223	Amputacja ręki	X08	IV
224	Amputacja nogi	X09	III

L.p.	Operacja	Kod	Kategoria
225	Amputacja stopy	X10	IV
226	Amputacja palucha	X11	IV
227	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	X12	IV
228	Amputacja palców częściowa lub całkowita	X13	V
229	Amputacja brzuszno-miednicza	X14	II

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego

OWU/LS12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz, na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego

nr OWU/LS12/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Choroba rzadka** to schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Według aktualnej wiedzy medycznej jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
5. **Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego** to nieprawidłowy, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stan organizmu, wymieniony w Załączniku nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Stan ten musi zostać potwierdzony skierowaniem na Leczenie operacyjne, które wystawił Lekarz.
6. **Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego** to nieprawidłowy, według wiedzy medycznej, stan organizmu, który wymaga diagnostyki lub leczenia (niewymagającego zabiegu lub operacji) realizowanych w Szpitalu na którymkolwiek z oddziałów: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii. Stan ten musi zostać potwierdzony skierowaniem na planowe Leczenie niezabiegowe, które wystawił Lekarz. Może być ono wystawione jedynie po bezskutecznej diagnostyce i leczeniu ambulatoryjnym.
7. **Koordynator Opieki Szpitalnej (zwany dalej KOS)** to przedstawiciel LUX MED, którego zadaniem jest obsługa realizacji Twojego Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego.
8. **Leczenie operacyjne** to zabiegi lub operacje realizowane w trybie planowym w Szpitalu. Mają one na celu leczenie Chorób wymagających Leczenia operacyjnego poprzez usunięcie zmienionych chorobowo tkanek lub narządów, bądź zniesienie objawów lub dolegliwości.
9. **Leczenie niezabiegowe** to przeprowadzenie diagnostyki lub leczenia Chorób wymagających Leczenia niezabiegowego, w trybie planowym w Szpitalu. Umowa dodatkowa obejmuje tylko taką diagnostykę i leczenie, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych.
10. **Lekarz** to osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia do tego, aby wykonywać zawód lekarza zgodnie z przepisami prawa polskiego.
11. **LMG** to podmiot, którego obowiązkiem jest organizacja Świadczeń medycznych. Zarejestrowany jest jako LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja. W Polsce działa on pod nazwą LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
12. **LUX MED** to podmiot, który skontaktuje się z Tobą w sprawie Świadczeń medycznych i działa na zlecenie LMG. Zarejestrowany jest jako LUX MED Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
13. **Nieprzerwany okres ochrony** to okres, w którym chronimy Cię z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich jej przedłużeń zgodnie z postanowieniami Warunków i Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
14. **Przegląd stanu zdrowia** to Świadczenie medyczne polegające na realizacji konsultacji medycznych lub badań diagnostycznych zgodnie z Załącznikiem nr 2 w celu umożliwienia wykrycia choroby.
15. **Przychodnia** to podmiot leczniczy, który udziela Ci Świadczeń medycznych. Działa on na terenie Polski, zgodnie z obowiązującym prawem. Przychodnia realizuje Świadczenia medyczne, które opisaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Jest ona wskazana przez KOS.
16. **Szpital** to podmiot leczniczy, który udziela Ci Świadczeń medycznych. Działa on na terenie Polski, zgodnie z obowiązującym prawem. Definicja Szpitala obejmuje również Przychodnie, które wchodzą w skład Szpitala.

17. **Świadczenie medyczne** to usługi objęte ochroną w ramach tej Umowy dodatkowej, które zrealizujemy dla Ciebie, gdy dojdzie do Zdarzenia ubezpieczeniowego.
18. **Umowa dodatkowa** to „Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego". Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
19. **Umowa podstawowa** to Umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie, do której dokupowana jest Umowa dodatkowa.
20. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to:
    a) Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego,
    b) Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego,
    c) Niewystąpienie w okresie 24 miesięcy Nieprzerwanego okresu ochrony Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego ani Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego uprawniające do skorzystania z Przeglądu stanu zdrowia.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 16. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które wystąpiło w Nieprzerwanym okresie ochrony. Dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień, w którym Lekarz wystawił skierowanie:
    a) na Leczenie operacyjne w związku ze zdiagnozowaną u Ciebie Chorobą wymagającą Leczenia operacyjnego lub
    b) na Leczenie niezabiegowe w związku ze zdiagnozowaną u Ciebie Chorobą wymagającą Leczenia niezabiegowego lub podejrzeniem wystąpienia u Ciebie takiej choroby.
2. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły po 90. dniu Nieprzerwanego okresu ochrony zapewniamy Ci:
    a) Leczenie operacyjne, które będzie udzielane w Szpitalu, a w przypadkach w których jest to możliwe, w Przychodni. Szczegółową listę Chorób wymagających Leczenia operacyjnego objętych zakresem w ramach tego ubezpieczenia opisaliśmy w Załączniku nr 1.
    b) Leczenie niezabiegowe, które będzie udzielanie w Szpitalu na oddziale: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii.
    c) Przegląd stanu zdrowia realizowany w Przychodniach zgodnie z zakresem opisanym w Załączniku nr 2 w razie niewystąpienia w okresie 24 miesięcy Nieprzerwanego okresu ochrony Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego ani Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego.
3. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły u Ciebie w ciągu pierwszych 90 dni Nieprzerwanego okresu ochrony, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie pieniężne. Świadczenie to równe jest sumie składek za Umowę dodatkową, które Właściciel polisy opłacił do dnia wystawienia skierowania na Leczenie operacyjne lub Leczenie niezabiegowe. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy Umowa dodatkowa została przedłużona.

Art. 4 Jakie Świadczenie medyczne zrealizujemy w ramach tej Umowy dodatkowej?

1. Jeżeli po 90 dniach Nieprzerwanego okresu ochrony wystąpi u Ciebie Zdarzenie ubezpieczeniowe, a my zaakceptujemy Twój wniosek o realizację Świadczenia medycznego to zorganizujemy i poniesiemy koszty:
    a) Leczenia operacyjnego zgodnie z pkt 2 poniżej,
    b) Leczenia niezabiegowego zgodnie z pkt 3 poniżej,
    c) rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego po Leczeniu operacyjnym zgodnie z pkt 4 poniżej,
    d) opieki medycznej przed i po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym zgodnie z pkt. 5-6 poniżej,
    e) wsparcia Koordynatora Opieki Szpitalnej zgodnie z pkt. 7 poniżej,
    f) Przeglądu stanu zdrowia zgodnie z pkt 8-10 poniżej.
2. Leczenie operacyjne obejmuje Twój pobyt na oddziale szpitalnym, który:
    a) odbywa się w terminie ustalonym przez KOS z Tobą i Szpitalem.
    b) może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu, w którym Lekarz, który kwalifikuję Cię do operacji lub zabiegu potwierdzi tę konieczność. Czas odroczenia nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić:
        i. możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub
        ii. znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
3. Leczenie niezabiegowe obejmuje Twój pobyt:
    a) na którymkolwiek z oddziałów szpitalnych: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii,

b) dotyczy przeprowadzenia diagnostyki i leczenia Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego w warunkach szpitalnych uzasadnionych wskazaniami medycznymi,
c) odbywa się w terminie ustalonym przez KOS z Tobą i Szpitalem.

4. Rehabilitacja w postaci drenażu limfatycznego po Leczeniu operacyjnym obejmuje:
   a) niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze Szpitala,
   b) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów ww. rehabilitacji,
   c) wizytę lekarską, która podsumowuje okres ww. rehabilitacji.

   Szczegółowy zakres rehabilitacji określa Lekarz, który prowadził Leczenie operacyjne. Zakres ten musi być określony przed końcem pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez KOS.
5. Zapewnimy Ci diagnostykę i konsultacje medyczne przed Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym, które są niezbędne do tego, aby:
   a) określić konieczność przeprowadzenia u Ciebie Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego, jego typu, metody i zakresu zabiegu;
   b) zakwalifikować Cię do Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego;
   c) określić termin Twojego Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego;
   d) opracować Twój plan leczenia.

   Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określi Lekarz prowadzący Leczenie operacyjne w trakcie przygotowania Cię do tego leczenia.
6. W ramach opieki medycznej po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym w okresie do 60 dni od daty wypisu ze Szpitala zapewniamy Ci:
   a) Do 8 wizyt kontrolnych w Szpitalu lub Przychodni, które wskaże Ci KOS. Wizyty kontrolne mają na celu monitorowanie efektów przeprowadzonego Leczenia niezabiegowego, zabiegu lub operacji i procesu Twojego powrotu do zdrowia.
   b) Niezbędne badania diagnostyczne, które wynikają ze wskazań medycznych. Muszą być one związane z wykonanym u Ciebie leczeniem, zabiegiem lub operacją. Jednocześnie muszą one zostać zlecone przez Lekarza w Szpitalu lub w trakcie wizyt kontrolnych, które opisaliśmy w pkt. a.
7. Zadaniem KOS jest wsparcie Cię w zakresie korzystania z Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego. Zakres usług realizowanych przez KOS obejmuje:
   a) koordynację przed Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym. Oznacza to, że KOS:
      i. przedstawi Ci do wyboru dostępne Szpitale i Lekarzy;
      ii. umówi Cię na badania i konsultacje kwalifikujące do Leczenia operacyjnego lub związane z Leczeniem niezabiegowym i zapewni monitorowanie ich realizacji;
      iii. umówi Cię na przyjęcie do Szpitala zgodnie z Twoim wyborem, o ile to możliwe;
      iv. przypomni Ci o terminie przyjęcia do Szpitala i o dokumentach, które są wymagane;
      v. potwierdzi Twoją obecność w Szpitalu;
      vi. skoordynuje obieg dokumentów medycznych między Tobą a Szpitalem;
      vii. przekaże Ci informacje, które dotyczą pobytu w Szpitalu.
   b) koordynację w trakcie Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego. Oznacza to, że KOS:
      i. zapewni bieżący kontakt ze Szpitalem;
      ii. przekaże informacje o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie, która została przez Ciebie upoważniona do otrzymywania informacji medycznych;
      iii. umówi Cię na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, w ciągu 30 dni od daty Twojego wypisu ze Szpitala;
      iv. przedstawi Ci plan opieki po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym.
   c) koordynację Twojej opieki po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym w ciągu 60 dni od daty wypisu ze Szpitala, zgodnie z zaleceniami Lekarza. Oznacza to, że KOS:
      i. umówi Cię na zlecone badania;
      ii. skompletuje dokumentację medyczną.

Ważne! Aby w pełni skorzystać z tej części Świadczenia medycznego, która jest realizowana przez KOS, niezbędne jest wyrażenie przez Ciebie zgody na udostępnienie:

- swojej dokumentacji medycznej oraz
- informacji o swoim stanie zdrowia.

Możesz to zrobić na etapie, gdy zgłaszasz wniosek o realizację świadczenia.

Na tej podstawie LUX MED i LMG będą mogły wymieniać się tymi danymi i udostępniać je sobie. Podmioty te upoważnią też swój personel do dostępu do tych danych.

8. Po każdym 24 miesięcznym okresie Nieprzerwanego okresu ochrony, w którym nie wystąpiła Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego ani Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego, nabywasz prawo do Świadczenia medycznego, jakim jest Przegląd stanu zdrowia. Po skorzystaniu z tego Świadczenia medycznego nabywasz prawo do kolejnego świadczenia tego typu po upływie 24 miesięcy od realizacji Przeglądu stanu zdrowia, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe opisane w Art. 1 pkt 20c.
9. Przegląd stanu zdrowia rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).
10. Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach, której uzyskujesz zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.
11. Świadczenia medyczne są udzielane na terenie Polski w Szpitalach lub Przychodniach, które wskazał Ci KOS lub LUX MED, z tym że Przegląd stanu zdrowia realizowany jest wyłącznie w Przychodniach. Pełną listę Szpitali oraz Przychodni, w których realizowane są Świadczenia medyczne znajdziesz na naszej stronie internetowej.
12. W przypadku gdy zrezygnujesz z realizacji Świadczenia medycznego, nie przysługuje Ci świadczenie pieniężne, które będzie stanowić równowartość tego świadczenia.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy zrealizowali Świadczenie medyczne?

1. Jeżeli w czasie trwania tej Umowy dodatkowej Lekarz wystawił Ci skierowanie na Leczenie operacyjne lub Leczenie niezabiegowe w związku z wystąpieniem choroby, która:
   a) pojawiła się u Ciebie w czasie Nieprzerwanego okresu ochrony oraz
   b) dla Leczenie operacyjnego spełnia warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej i Załączniku nr 1,
   c) dla Leczenia niezabiegowego spełnia warunki określone w definicji Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego,

   poinformuj nas o tym. Złóż do nas wniosek o realizację Świadczenia medycznego.
2. W celu skorzystania z Przeglądu stanu zdrowia złóż do nas wniosek o realizację Świadczenia medycznego. Decyzję dotyczącą naszej odpowiedzialności w tym zakresie podejmiemy w oparciu o zgłoszone do nas wnioski o realizację Świadczenia medycznego z zakresu Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego z okresu 24 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
3. Decyzję dotyczącą naszej odpowiedzialności, która dotyczy Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego podejmiemy w oparciu o dokumenty medyczne z diagnostyki i/lub leczenia Twojej choroby.
4. Do realizacji Świadczenia medycznego innego niż Przegląd stanu zdrowia będziemy od Ciebie potrzebowali też:
   a) Kopii skierowania do szpitala, które wystawił Lekarz. W celu prawidłowej realizacji Świadczenia medycznego skierowanie powinno być wystawione w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku.
   b) Kopii posiadanych dokumentów medycznych z wizyty lekarskiej, podczas której Lekarz wystawił skierowanie.
   c) Kopii dokumentów medycznych z pierwszej wizyty, podczas której Lekarz stwierdził objawy choroby, objętej zakresem ochrony tej Umowy dodatkowej.
   d) W przypadku Leczenia niezabiegowego dokumentację potwierdzającą przebieg procesu leczenia i diagnostyki, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych zakończonego wystawieniem skierowania do Szpitala.
5. Jeśli nie będziemy mogli podjąć decyzji co do realizacji Świadczenia medycznego na podstawie dokumentów, które od Ciebie dostaliśmy, możemy wystąpić o informacje medyczne związane z Twoją chorobą do podmiotu leczniczego, który wystawił skierowanie na Leczenie operacyjne bądź Leczenie niezabiegowe lub prowadził jej diagnostykę.
6. W sytuacji gdy z przyczyn, które leżą po stronie LMG, podmiot ten nie będzie w stanie zrealizować Świadczenia medycznego w terminie określonym w Art. 6, to LMG zaproponuje Ci zwrot kosztów leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego zrealizowanego w placówce innej niż wskazana przez KOS. Leczenie to i jego koszty powinny być wcześniej uzgodnione z LMG. LMG zwróci Ci koszty na podstawie cen rynkowych i przedstawionych przez Ciebie rachunków wykonanego leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego.
7. W przypadku przeciwskazań medycznych do realizacji Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego lekarz Szpitala lub Przychodni może odroczyć jego wykonanie do czasu usunięcia lub zaprzestania działania tych przeciwskazań.

Art. 6 Kiedy zrealizujemy Świadczenie medyczne?

1. Zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeśli w Nieprzerwanym okresie ochrony:
   a) zajdzie u Ciebie Zdarzenie ubezpieczeniowe i
   b) zaakceptujemy Twój wniosek o realizację tego świadczenia.
2. Realizację Świadczenia medycznego rozpoczniemy w ciągu 30 dni od dnia w którym dostaniemy od Ciebie wniosek o realizację tego świadczenia.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia medycznego?

1. Umowa dodatkowa nie obejmuje:
   a) dla Leczenia operacyjnego: leczenia, w tym również następstw schorzeń, urazów innych niż Choroby wymagające Leczenia operacyjnego wymienione w Załączniku nr 1;
   b) dla Leczenia niezabiegowego:
      1. diagnostyki i leczenia następstw udarów,
      2. leczenia chorób hematologicznych oraz ich następstw,
      3. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw,
      4. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw,
      5. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z nieprawidłowościami w strukturze i liczbie chromosomów (aberracjami chromosomalnymi) oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw,
      6. diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw,
      7. diagnozowania i leczenia z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, za wyjątkiem zdarzeń opisanych w Załączniku nr 1,
      8. przewlekłego leczenia nerkozastępczego,
      9. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych,
      10. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych,
      11. terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego,
      12. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych,
      13. planowanego zastosowania innowacyjnej terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
   c) dla rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego: zabiegów rehabilitacyjnych, które wynikają ze wskazań innych niż następstwa Leczenia operacyjnego zrealizowanego w ramach tej Umowy dodatkowej.
   d) leczenia, w tym również następstw: schorzeń lub urazów w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych, ostrych;
   e) wszczepienia protez lub implantów;
   f) leczenia w oddziałach psychiatrycznych i leczenia, które wynika ze wskazań natury psychologicznej;
   g) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków, które nie są związane z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas;
   h) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń, które są następstwem tych zakażeń;
   i) Leczenia operacyjnego, Leczenia niezabiegowego, rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego, Przeglądu stanu zdrowia lub opieki medycznej po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym wykonanych w innych placówkach niż wskazane przez KOS lub Lux Med, jeżeli nie było to uzgodnione z LMG zgodnie z Art. 5 punkt 6;
   j) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
   k) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
   l) świadczeń, które zostały zorganizowane samodzielnie przed zgłoszeniem Zdarzenia ubezpieczeniowego do nas lub były w trakcie oczekiwania na decyzję;
   m) leczenia, które ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonego w dniu przyjęcia do Szpitala lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy Szpitali, o której piszemy w Art. 4 pkt 11 lub jej zakres wykracza poza zakres, który opisujemy w Załączniku nr 1.
2. Nie zrealizujemy badań i konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym, które są:
   a) zlecone przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez KOS,
   b) postawieniem diagnozy – identyfikacją choroby lub Twojego stanu zdrowotnego na podstawie zgromadzonych danych, za wyjątkiem tych, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych w przypadku Leczenia niezabiegowego,
   c) monitorowaniem leczenia – regularnym obserwowaniem i oceną Twojego stanu zdrowia podczas trwania terapii,
   d) poradnictwem ogólnomedycznym – udzieleniem porad przez lekarzy, które dotyczą szerokiego zakresu problemów zdrowotnych,

e) wydaniem drugiej opinii medycznej – dodatkową oceną Twojego stanu zdrowia od innego lekarza niż ten, który postawił pierwotną diagnozę lub zaproponował leczenie.

3. Zwrot kosztów, o którym piszemy w Art. 5 ust. 6 nie obejmuje kosztów produktów lub usług dodatkowych, które:
   a) nie są związane z Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym,
   b) nie są konieczne do leczenia Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego lub Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego z medycznego punktu widzenia lub
   c) są realizowane na Twoje życzenie.

   Zwrotem kosztów nie obejmujemy:
   a) opieki ordynatora czy kierownika oddziału lub innego personelu medycznego na Twoje życzenie,
   b) niestandardowych warunków pobytu lub żywienia w danej placówce medycznej.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. Jeśli dokupujesz Umowę dodatkową, to ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu rozpocznie się pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.
4. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić Ciebie o:
   a) Informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
7. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy. W tym celu prześlemy mu Dokument ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na 1 rok albo
   b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy podstawowej następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, jeśli zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, na których została zawarta.
3. Jeżeli Umowę dodatkową zawarliśmy na warunkach szczególnych, to przedłużymy ją z uwzględnieniem tych warunków.
4. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, został mniej niż 1 rok, to nie przedłużymy tej umowy na kolejny okres.
5. Umowa dodatkowa nie przedłuży się, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:

a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
d) z dniem rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek. Wysokość składki obliczamy na podstawie Twojego wieku oraz należnych zniżek.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) stan Twojego zdrowia,
   b) historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, których nie regulują Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej, stosujemy odpowiednie postanowienia z Warunków Umowy podstawowej.
2. W tym dokumencie znajdziesz słowa, które zapisaliśmy wielką literą, a których nie zdefiniowaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W takich przypadkach mają one znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 14 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 73/2025 z 1 lipca 2025 r. Obowiązują one od 3 lipca 2025 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025

Definicje Chorób objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej

Definicja Choroby obejmuje wyłącznie zachorowania o poniższych szczegółowych kodach ICD-10. Dla potwierdzenia zachorowania kod ICD-10 powinien być wskazany na skierowaniu na Leczenie operacyjne:

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
chirurgia ogólna + naczyniowa	K44.9	Przepuklina brzuszna to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. Definicja obejmuje przepukliny pachwinowe, udowe, pępkowe oraz dodatkowo w ramach umowy przepuklinę rozworu przełykowego, w której część żołądka przemieszcza się do klatki piersiowej (kod ICD 10: K40.2; K40.9; K41.2; K41.9; K42.9; K43.9; K44.9), dla których leczenie operacyjne odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K42.9	
	K43.9	
	K40.2	
	K40.9	
	K41.2	
	K41.9	
	E04.0	Wole tarczycy to objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. Definicja obejmuje wole nietoksyczne rozlane, guzek tarczycy pojedynczy, wole wieloguzkowe tarczycy oraz inne określone wole (kod ICD 10: E04.0; E04.1; E04.2; E04.8), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	E04.1	
	E04.2	
	E04.8	
	E21.0	Nadczynność przytarczyc polega na nadmiernym wydzielaniu parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. Definicja obejmuje nadczynność pierwotną, wtórną, inną oraz inne określone choroby przytarczyc (kod ICD 10: E21.0; E21.1; E21.2; E21.4), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	E21.1	
	E21.2	
	E21.4	
	I83.9	Żylaki kończyn dolnych to wydłużenie i poszerzenie żyły, które prowadzi do jej krętego przebiegu. Definicja obejmuje żylaki kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia (kod ICD 10: I83.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych. Dodatkowo nie obejmuje pajączków żylnych tzw. teleleangiektazji i żylaków siatkowatych.
	I84.0	Guzy krwawnicze odbytu (żylaki odbytu, choroba hemoroidalna) to powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. Definicja obejmuje żylaki odbytu wewnętrzne oraz zewnętrzne zarówno zakrzepowe jak i bez innych powikłań (kod ICD 10: I84.0; I84.2; I84.3; I84.5; I84.6; I84.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	I84.2	
	I84.3	
	I84.5	
	I84.6	
	I84.9	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
chirurgia ogólna + naczyniowa	I86.1	Żylaki powrózka nasiennego to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. Definicja obejmuje żylaki (kod ICD 10: I86.1), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K25.7	Wrzód żołądka to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku. Definicja obejmuje wrzody żołądka (kod ICD 10: K25.7), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K28.7	Wrzód żołądka i jelita czczego to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku i jelicie czczym. Definicja obejmuje wrzody (kod ICD 10: K28.7), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K26.7	Wrzód dwunastnicy to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. Definicja obejmuje wrzody dwunastnicy (kod ICD 10: K26.7), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K57.1	Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit to uwypuklenia błony śluzowej jelit na zewnątrz ich ściany. Definicja obejmuje chorobę uchyłkową jelita cienkiego lub jelita grubego bez objawów ostrego zapalenia, przedziurawienia lub ropnia (kody ICD 10: K57.1; K57.3; K57.5; K57.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K57.3	
	K57.5	
	K57.9	
	K63.5	Polip jelita grubego to rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. Definicja obejmuje polipy uszypułowane lub nieuszypułowane okrężnicy (kod ICD 10: K63.5), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K50.0	Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC) jest pełnościennym zapaleniem przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. Definicja w ramach umowy obejmuje zapalenia dotyczące jelita cienkiego i grubego (kod ICD10: K50.0; K50.1; K50.8), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K50.1	
	K50.8	
	K51.0	Wrzodziejące zapalenie jelita to zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. Definicja obejmuje zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, inne i nieokreślone zapalenia jelita grubego (kod ICD10: K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.8; K51.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K51.1	
	K51.2	
	K51.3	
	K51.8	
	K51.9	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
chirurgia ogólna + naczyniowa	K80.2	Kamica żółciowa to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złogi zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. Definicja obejmuje kamicę żółciową bez objawów ostrego zapalenia (kody ICD 10: K80.2; K80.5; K81.1), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K80.5	
	K81.1	
okulistyka	H26.0	Zaćma to zmętnienie soczewki, powodujące pogorszenie ostrości widzenia. Definicja obejmuje zaćmę dziecięcą, młodzieńczą i przedstarczą, urazową, wikłającą, polekową oraz stany po zaćmie i inne określone i nieokreślone postaci zaćmy (kody ICD 10: H26.0; H26.1; H26.2; H26.3; H26.4; H26.8; H26.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	H26.1	
	H26.2	
	H26.3	
	H26.4	
	H26.8	
	H26.9	
	H40.1	Jaskra to postępujące uszkodzenie nerwu wzrokowego w wyniku wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego, które prowadzi do ubytków w polu widzenia lub utraty wzroku. Definicja obejmuje jaskrę pierwotną z otwartym i zamkniętym kątem przesączania, wtórną oraz inne i nieokreślone postacie jaskry (kod ICD 10: H40.1; H40.2; H40.3; H40.4 ; H40.5; H40.6; H40.8; H40.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	H40.2	
	H40.3	
	H40.4	
	H40.5	
	H40.6	
	H40.8	
	H40.9	
	H00.0	Jęczmień to zapalenie bakteryjne (gronkowcowe) mieszka włosowego rzęsy. Definicja obejmuje ropień powieki i czyrak powieki (kod ICD 10: H00.0), dla których leczenie odbywa się w formie leczenia zabiegowego w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	H00.1	Gradówka to jałowe zapalenie brzegu powiek. Definicja obejmuje gradówkę (kod ICD 10: H00.1), dla której leczenie odbywa się w formie leczenia zabiegowego w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
laryngologia	J35.0	Przerost migdałków to przewlekłe powiększenie się migdałków. Definicja obejmuje przerost migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłe zapalenie migdałków, inne przewlekłe choroby migdałków (kod ICD 10: J35.0; J35.1; J35.2; J35.3), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J35.1	
	J35.2	
	J35.3	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
laryngologia	J34.2	Skrzywienie przegrody nosowej to zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. Definicja obejmuje skrzywienie (kod ICD 10: J34.2), dla którego leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J34.3	Przerost małżowin nosowych to stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. Definicja obejmuje przerost małżowin (kod ICD 10: J34.3), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ ostrych.
	J32.0	Przewlekłe zapalenie zatok to stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/ przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. Definicja obejmuje przewlekłe zapalenie zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub inne i nieokreślone (kody ICD 10: J32.0; J32.1; J32.2; J32.3; J32.4; J32.8; J32.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J32.1	
	J32.2	
	J32.3	
	J32.4	
	J32.8	
	J32.9	
	J33.0	Polipy nosa / zatok to rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. Definicja obejmuje polipy jamy nosowej, zatok oraz nieokreślone polipy nosa (kod ICD 10: J33.0; J33.1; J33.8; J33.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J33.1	
	J33.8	
	J33.9	
urologia	N20.0	Kamica nerki i moczowodu to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. Definicja obejmuje kamicę nerki i moczowodu (kod ICD 10: N20.0; N20.1; N20.2), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N20.1	
	N20.2	
	N21.0	Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. Definicja obejmuje kamicę pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej (kod ICD 10: N21.0; N21.1), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N21.1	
	N28.1	Torbiele nerek to przestrzenie w obrębie miąższu nerki wypełnione płynem, powstałe w wyniku poszerzenia cewek nerkowych, swoim wyglądem przypominające pęcherzyki (kod ICD 10: N28.1). Definicja obejmuje torbiele, dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
urologia	N28.8	Torbiele ujścia moczowodu to poszerzenie odcinka moczowodu pod postacią rozdęcia tuż powyżej zwężenia moczowodu przy ujściu do pęcherza (kod ICD 10: N28.8). Definicja obejmuje torbiele, dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N35.0	Zwężenie cewki moczowej to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia światła cewki w wyniku stanów chorobowych lub urazów. Definicja obejmuje zwężenia pourazowe, pozapalne, inne i nieokreślone (kod ICD 10: N35.0; N35.1; N35.8; N35.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N35.1	
	N35.8	
	N35.9	
	N40.1	Przerost gruczołu krokowego to powiększenie stercza o charakterze łagodnym. Definicja obejmuje rozrost, przerost, powiększenie gruczołu (kod ICD 10: N40.1; N40.3; N40.6), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N40.3	
	N40.6	
ginekologia	N84.0	Polipy żeńskich narządów rodnych to rozrost łagodny ich błony śluzowej w kształcie uwypuklenia powyżej jej poziomu. Definicja obejmuje polipy trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu oraz innych części żeńskiego narządu rodnego i nieokreślone (kod ICD 10: N84.0; N84.1; N84.2; N84.3; N84.8; N84.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N84.1	
	N84.2	
	N84.3	
	N84.8	
	N84.9	
	N81.1	Wypadanie żeńskiego narządu rodnego to zmiana położenia narządów miednicy, poniżej ich prawidłowego umiejscowienia, które skutkuje wypadaniem pochwy lub szyjki macicy lub macicy. Definicja obejmuje wypadanie macicy, pochwy zarówno częściowe jak i całkowite oraz dodatkowo obniżenie pęcherza moczowego (kod ICD 10: N81.1; N81.2; N81.3), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N81.2	
	N81.3	
	D25.0	Mięśniaki to nowotwory niezłośliwe macicy pochodzące z tkanki mięśniowej gładkiej, która buduje mięsień macicy. Definicja obejmuje mięśniaki podśluzówkowe, śródścienne, surowicze i nieokreślone (kod ICD 10: D25.0 ; D25.1 ; D25.2 ; D25.9), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	D25.1	
	D25.2	
	D25.9	
	N75.0	Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina to zmiany powstałe w przebiegu jego stanu zapalnego wywołanego przez bakterie. Definicja obejmuje torbiel oraz ropień gruczołu (kod ICD 10: N75.0; N75.1) dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N75.1	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
ginekologia	N80.0	Endometrioza (Gruczolistość) to nieprawidłowe występowanie komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza właściwą strukturą, jaką jest jama macicy. Definicja obejmuje endometriozę macicy, jajnika, jajowodu, miednicy mniejszej, przegrody odbytniczo-pochwowej, pochwy, jelita, blizny skórnej, innych lokalizacji i nieokreślonej (kody ICD 10: N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.6; N80.8; N80.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N80.1	
	N80.2	
	N80.3	
	N80.4	
	N80.5	
	N80.6	
	N80.8	
	N80.9	
	N82.0	Przetoki żeńskich narządów rodnych to nieprawidłowe połączenie narządu rodnego z innym narządem, które powstało na skutek procesów chorobowych, również urazów. Definicja obejmuje przetoki pęcherzowo-pochwowe, między pochwą a jelitem cienkim, między pochwą a jelitem grubym, między żeńskim układem rozrodczym a skórą oraz inne przetoki między żeńskim układem rozrodczym a układem moczowym, jelitami (kod ICD 10: N82.0; N82.1; N82.2; N82.3; N82.4; N82.5; N82.8; N82.9), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N82.1	
	N82.2	
	N82.3	
	N82.4	
	N82.5	
	N82.8	
	N82.9	
	N83.0	Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu to występowanie w obrębie jajnika lub jajowodu nieprawidłowej przestrzeni z płynną treścią, otoczonej ścianą. Definicja obejmuje pęcherzykową torbiel jajnika, torbiele ciałka żółtego, inne i nieokreślone torbiele jajnikowe oraz krwiaka jajowodu i inne i nieokreślone torbiele jajowodu (kod ICD 10: N83.0; N83.1; N83.2; N83.6; N83.8), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ ostrych.
	N83.1	
	N83.2	
	N83.6	
	N83.8	
	N39.3	Nietrzymanie moczu to niekontrolowane, niezależne od woli/świadomej decyzji danej osoby, oddawanie moczu z pęcherza moczowego. Definicja obejmuje nietrzymanie moczu wysiłkowe oraz inne określone nietrzymanie moczu (kod ICD 10: N39.3; N39.4), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N39.4	
kardiologia inwazyjna	I25.0	Przewlekła choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) rozumiana w ramach umowy jako przewlekłe stany niedokrwienia mięśnia sercowego na tle przewężenia tętnic wieńcowych. Definicja obejmuje stany niedokrwienia mięśnia sercowego (kod ICD 10: I25.0), dla których leczenie zabiegowe (angioplastyka, koronarografia) odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ ostrych.

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
kardiologia inwazyjna	I47.1	Częstoskurcz napadowy to każdy nieutrwalony rytm serca o częstotliwości >100/min. Definicja obejmuje częstoskurcze napadowe nadkomorowe, komorowe (kod ICD 10: I47.1; I47.2), dla których leczenie zabiegowe (ablacja) odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	I47.2	
	I48.0	Migotanie przedsionków to nieskoordynowane pobudzenie przedsionków serca objawiające się szybką, niemiarową czynnością serca, często powodującą uczucie kołatania w klatce piersiowej Definicja obejmuje migotanie napadowe, przetrwałe, utrwalone, typowe, atypowe oraz nieokreślone (kod ICD 10: I48.0; I48.1; I48.3), dla których leczenie zabiegowe (ablacja) odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	I48.1	
	I48.3	
onkologia	C54.0	Zmiany nowotworowe trzonu macicy o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje zmiany nowotworowe trzonu macicy dotyczące jej: cieśni, błony śluzowej, mięśniówki, dna.
	C54.1	
	C54.2	
	C54.3	
	C56	Zmiany nowotworowe jajnika o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C53.0	Zmiany nowotworowe szyjki macicy o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe szyjki macicy dotyczące jej: błony śluzowej, błony zewnętrznej.
	C53.1	
	C50.0	Zmiany nowotworowe piersi (sutka) o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe piersi dotyczące jej: brodawki i otoczki brodawki sutkowej, centralnej części piersi, ćwiartki górnej wewnętrznej, ćwiartki dolnej wewnętrznej, ćwiartki górnej zewnętrznej, ćwiartki dolnej zewnętrznej, części pachowej. Obejmuje również rekonstrukcję piersi po mastektomii z powodu nowotworu złośliwego.
	C50.1	
	C50.2	
	C50.3	
	C50.4	
	C50.5	
	C50.6	
	C18.0	Zmiany nowotworowe jelita grubego o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe jelita grubego dotyczące jego: jelita ślepego, zastawki krętniczo-kątniczej, wyrostka robaczkowego, okrężnicy wstępującej, zgięcia wątrobowego, poprzecznicy, zgięcia śledzionowego, okrężnicy zstępującej, esicy.
	C18.1	
	C18.2	
	C18.3	
	C18.4	
	C18.5	
	C18.6	
	C18.7	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
onkologia	C61	Zmiany nowotworowe gruczołu krokowego o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C64	Zmiany nowotworowe nerki (bez miedniczki nerkowej) o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C65	Zmiany nowotworowe miedniczki nerkowej o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C67.0	Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego dotyczące jego: trójkąta, szczytu, ściany bocznej, ściany przedniej, ściany tylnej, szyi, ujścia, moczownika.
	C67.1	
	C67.2	
	C67.3	
	C67.4	
	C67.5	
	C67.6	
	C67.7	
	C16.0	Zmiany nowotworowe żołądka o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe żołądka dotyczące jego: wpustu, dna, trzonu, ujścia odźwiernika, odźwiernika, krzywizny mniejszej nieokreślonej, krzywizny większej nieokreślonej.
	C16.1	
	C16.2	
	C16.3	
	C16.4	
	C16.5	
	C16.6	
	C44	Rak podstawnokomórkowy skóry – Zmiana nowotworowa skóry o niskim stopniu złośliwości, powolnym wzroście i bardzo rzadkim przerzutowaniu.

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025

Zakres konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych w ramach Przeglądu stanu zdrowia.

Kobiety	Mężczyźni
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego	Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja ginekologiczna	Konsultacja urologiczna
Konsultacja okulistyczna	Konsultacja okulistyczna
Badania laboratoryjne: • Mocz – badanie ogólne • Krew utajona w kale / F.O.B. • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • OB / ESR • Glukoza na czczo • TSH / hTSH • Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) • Transaminaza GPT / ALT • Standardowa cytologia szyjki macicy (nie obejmuje cytologii płynnej)	Badania laboratoryjne: • Mocz – badanie ogólne • Krew utajona w kale / F.O.B. • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • OB / ESR • Glukoza na czczo • TSH / hTSH • Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) • Transaminaza GPT / ALT • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
Badania obrazowe: • RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych • USG jamy brzusznej • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne • USG piersi lub mammografia – w zależności od wskazań lekarskich	Badania obrazowe: • RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych • USG jamy brzusznej • USG gruczołu krokowego • USG jąder
Badania czynnościowe: • Badanie EKG – spoczynkowe	Badania czynnościowe: • Badanie EKG – spoczynkowe
Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program	Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała

OWU/AB14/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała nr OWU/AB14/1/2025 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała

nr OWU/AB14/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w tej Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za tę umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli zdarzy się wypadek, który obejmujemy ubezpieczeniem.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Nieszczęśliwy wypadek** to nagłe zdarzenie, które:
   a) jest niezależne od Twojej woli,
   b) nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa dodatkowa,
   c) spowodowało Uszkodzenie ciała,
   d) zostało spowodowane przyczyną zewnętrzną albo
   e) zostało spowodowane przyczyną wewnętrzną i wywołało co najmniej jedno z następujących Uszkodzeń ciała:
      - Złamania,
      - Zwichnięcia,
      - Skręcenia,
      - rany, które wymagają interwencji chirurgicznej i nie są spowodowane chorobą,
      - wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie.
5. **Rekreacyjne uprawianie sportu** to aktywność fizyczna, którą wykonujesz w swoim wolnym czasie, dla swojego zdrowia i dobrego samopoczucia.
6. **Sport motorowodny** to aktywność sportowa, w której używa się silnikowych jednostek pływających do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
7. **Sport motorowy** to aktywność sportowa, w której używa się pojazdów silnikowych do rywalizacji w różnych konkurencjach sportowych.
8. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą podaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić, w razie Nieszczęśliwego wypadku. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.
9. **Świadczenie** to pieniądze, które Ci wypłacimy w razie Nieszczęśliwego wypadku.
10. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała.
11. **Uszkodzenia ciała** to uszkodzenia wymienione w Art. 3 ust. 2 i 3.
12. **Wyczynowe uprawianie sportu** to uprawianie dyscyplin sportowych, które polega na:
    - regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych, albo
    - udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
13. **Zawodowe uprawianie sportu** to uprawianie dyscyplin sportowych i pobieranie:
    - wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub
    - stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy Cię ubezpieczyć, jeśli masz ukończone 17 lat i nie masz ukończonych 66 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Uszkodzenia ciała, które powstały w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. Uszkodzenia ciała objęte ochroną to:
   a) Złamania, czyli przerwanie ciągłości tkanki kostnej. Za Złamanie nie uznajemy tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.
   b) Zwichnięcia, czyli przemieszczenie powierzchni stawowych, które do siebie przylegają. Dotyczy to zwichnięć, które wymagają nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą. Za Zwichnięcie nie uznajemy zwichnięć nawykowych.
   c) Skręcenia, czyli uszkodzenie torebki stawowej, które:
      - powstaje, gdy siła urazu przekracza wytrzymałość torebki stawowej,
      - zwiększa zakres ruchu fizjologicznego stawu po urazie.
   d) Oparzenia, czyli uraz skóry, błon śluzowych, niekiedy tkanek położonych głębiej, jak mięśnie i kości. Spowodowany jest on działaniem wysokich temperatur, energii elektrycznej lub żrących substancji chemicznych.
   e) Odmrożenia, czyli czasowe lub nieodwracalne uszkodzenie tkanek, które powstało na skutek działania niskich temperatur.
   f) Uszczerbki na zdrowiu, czyli uszkodzenia organów, narządów lub układów, które powodują trwałe upośledzenie czynności organizmu.
3. Uszkodzenia ciała, które obejmujemy ochroną, wskazaliśmy w Tabeli Uszkodzeń ciała.

Art. 4 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia?

1. W Tabeli uszkodzeń ciała dla wszystkich zdarzeń, które obejmujemy ochroną, przypisaliśmy procentowe wartości Uszkodzenia ciała.
2. Aby obliczyć wysokość Świadczenia, mnożymy Sumę ubezpieczenia razy procent Uszkodzenia ciała, który wskazaliśmy w Tabeli Uszkodzeń ciała.
3. Jeżeli w ramach jednego Nieszczęśliwego wypadku doszło u Ciebie do różnych Uszkodzeń ciała, zsumujemy procenty Uszkodzenia ciała.
4. Wypłacimy Ci Świadczenie maksymalnie do limitu 200% Uszkodzenia ciała.
   Każda wypłata Świadczenia za Uszkodzenie ciała pomniejsza ten limit.
5. Zdarzają się sytuacje, w których narząd lub układ doznały trwałego uszczerbku wcześniej – przed Nieszczęśliwym wypadkiem, który jest objęty tym ubezpieczeniem. Mogło się to zdarzyć w wyniku innego urazu, choroby lub wady wrodzonej. W takiej sytuacji, stopień Uszkodzenia ciała określimy jako różnicę pomiędzy:
   a) aktualnym stopniem Uszkodzenia ciała po Nieszczęśliwym wypadku a
   b) stopniem Uszkodzenia ciała przed tym wypadkiem.
6. Jeżeli Uszkodzenie ciała dotyczy narządu lub układu, które były już dotknięte Uszkodzeniem ciała, za które wypłaciliśmy Świadczenie, to stopień Uszkodzenia ciała określimy jako różnicę pomiędzy:
   a) stopniem Uszkodzenia ciała po Nieszczęśliwym wypadku a
   b) stopniem Uszkodzenia ciała, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
7. Stopień Uszkodzenia ciała ustalimy po tym, jak zakończysz leczenie, rehabilitację i Twój stan zdrowia się ustabilizuje.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. Jeżeli doznasz Uszkodzenia ciała poinformuj nas o tym. W tym celu złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Do wypłaty Świadczenia będziemy potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość;
   b) dokumentów medycznych, które potwierdzą, że wystąpiło u Ciebie Uszkodzenie ciała, np.:
      - karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      - dokumentów z leczenia ambulatoryjnego,
      - wyników badań,
   c) dokumentów, które potwierdzą Nieszczęśliwy wypadek i jego okoliczności, np. notatki urzędowej z policji,
   d) dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości – poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.
3. Jeżeli na podstawie dostarczonych dokumentów nie będziemy mogli stwierdzić, czy doznałeś Uszkodzenia ciała, wtedy skierujemy Cię na konsultacje lub badania lekarskie, za które zapłacimy. Wizyta odbędzie się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.

Art. 6 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli doznasz Uszkodzenia ciała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w czasie trwania ochrony.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak otrzymamy Twój wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Świadczenia w tym terminie, wypłacimy je w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe. Jednak kwotę bezsporną wypłacimy zawsze w ciągu 30 dni od kiedy otrzymamy od Ciebie wniosek o wypłatę.
3. Jeżeli na podstawie dokumentów, które nam dostarczysz, nie będziemy mogli ustalić:
   - czy zdarzenie jest objęte ochroną lub
   - jaka jest wysokość Uszkodzenia ciała,

   możemy skierować Cię na konsultacje lub badania lekarskie, za które zapłacimy. Wizyta odbędzie się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych.
4. Decyzję o tym, czy wypłacimy Świadczenie, podejmiemy na podstawie dokumentów, które nam dostarczysz i na podstawie wyników konsultacji i badań lekarskich, jeśli Cię na nie skierujemy.

Art. 7 Kiedy nie wypłacimy Ci Świadczenia?

Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Uszkodzenie ciała jest następstwem:

a) okoliczności, które wyłączają naszą odpowiedzialność – znajdziesz je w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy podstawowej;
b) pozostawania przez Ciebie
   - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
   - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
   - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
c) prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli:
   - nie posiadałeś/aś do tego uprawnień lub
   - pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa;
d) Rekreacyjnego, Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ciebie następujących sportów i aktywności: boks, kickboxing, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping, cross country), MMA, nurkowanie na głębokości przekraczającej 40 m, skoki do wody w akwenach innych niż basen, speleologia, sporty motorowe, sporty motorowodne, tajski boks, wspinaczka skałkowa, miejska (urban climbing), lodowa, wspinaczka wysokogórska powyżej 4000 m n.p.m.;
e) Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ciebie następujących sportów: piłka koszykowa, piłka nożna, piłka ręczna, piłka siatkowa, rugby;
f) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie umyślnego przestępstwa;
g) próby popełnienia przez Ciebie samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy Cię poprosić o informacje o tym, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby. Informacje te są na nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
4. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie możemy zawrzeć Umowy dodatkowej.
5. Jeśli zaakceptujemy wniosek, poinformujemy o tym Właściciela polisy. W tym celu wyślemy mu dokument ubezpieczenia, który potwierdza zawarcie lub dokupienie Umowy dodatkowej.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć razem z umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowy dodatkowej nie można zawrzeć, jeśli do końca Umowy podstawowej pozostało mniej niż 4 lata i 1 miesiąc.
3. Umowę dodatkową zawieramy na czas trwania Umowy podstawowej.

Art. 10 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa, gdy:

a) wypłacimy Świadczenie do maksymalnego limitu 200% Uszkodzeń ciała,
b) skończy się czas na jaki Umowa dodatkowa została zawarta,
c) Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana,
d) Umowa lub Umowa podstawowa dla danego Ubezpieczonego zostanie rozwiązana.

Art. 11 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z taryfą składek, która u nas obowiązuje. Ustalamy ją na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy oraz zniżek, których udzieliliśmy.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) zawód, który wykonujesz oraz
   b) sporty i hobby, które uprawiasz.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę podstawową.

Art. 12 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Suma Ubezpieczenia może zostać zmieniona na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Suma Ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 latach od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona w ramach tej Umowy dodatkowej.
3. Suma Ubezpieczenia może zostać podwyższona w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
4. Sumy ubezpieczenia nie można podwyższyć, gdy dojdzie do Uszkodzenia ciała.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy Cię poprosić o informacje o tym, jaki jest Twój zawód oraz jakie uprawiasz sporty i hobby. Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
7. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
8. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 13 Jakie jest zastosowanie Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy podstawowej?

1. W sprawach, które nie są uregulowane w Warunkach Umowy dodatkowej, mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy podstawowej.
2. Pojęcia, które zapisaliśmy wielką literą, a nie zdefiniowaliśmy ich w Warunkach Umowy dodatkowej, mają znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy podstawowej.

Art. 14 Kiedy Warunki Umowy dodatkowej weszły w życie?

Warunki Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r. Weszły one w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela uszkodzeń ciała

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
A	**Uszkodzenia głowy**	
	Uszkodzenia skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych), wymagające zaopatrzenia chirurgicznego (szwy itp.)	
A001	1) blizny skóry w zależności od łącznego rozmiaru, za każde 2 cm skóry owłosionej	0,5
A002	2) oskalpowanie – w zależności od powierzchni ubytku skóry owłosionej, za każde 2 cm2 ubytku skóry owłosionej	1
A003	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki – wgłobienia, fragmentacja, złamania	5
	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni (z wyjątkiem ubytków będących skutkiem interwencji chirurgicznych)	
A004	1) poniżej 10 cm^2	10
A005	2) od 10 do 50 cm^2	15
A006	3) powyżej 50 cm^2	20
A007	Utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w punktach A004-A006 w postaci nawracającego, mimo leczenia operacyjnego, płynotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie	10
	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego	
A008	1) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Tabela 2 Skala Lovette'a	100
A009	2) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych, znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° wg skali Lovette'a	80
A010	3) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	60
A011	4) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° wg skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	40
A012	5) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a, z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a	80
A013	6) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a, z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a	80
	7) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny	
A014	a) górnej 0–1° wg skali Lovette'a	50
A015	b) górnej 2° wg skali Lovette'a	40
A016	c) górnej 3–4° wg skali Lovette'a	25
A017	d) dolnej 0–1° wg skali Lovette'a	45
A018	e) dolnej 2° wg skali Lovette'a	30
A019	f) dolnej 3° wg skali Lovette'a	20
A020	g) dolnej 4° wg skali Lovette'a	10

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
	Zespoły pozapiramidowe	
A021	1) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
A022	2) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy itp.	50
A023	3) zaznaczony zespół pozapiramidowy	25
	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły móżdżkowe	
A024	1) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
A025	2) utrudniające w znacznym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	80
A026	3) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	40
A027	4) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	10
	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu, w zależności od częstotliwości napadów	
A028	1) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utrat przytomności	8
A029	2) 2 napady i mniej w miesiącu	15
A030	3) 3 napady w miesiącu i więcej, ale nie więcej niż 2 w tygodniu	25
A031	4) 3 napady w tygodniu i więcej	40
	Uwaga Podstawą rozpoznania padaczki są powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna, potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu.	
	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie)	
A032	1) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub – niewielkim deficytem neurologicznym	25
A033	2) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub – umiarkowanym deficytem neurologicznym	50
A034	3) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	80
A035	4) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
	Uwaga Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i inne) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).	
	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy (bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość)	
A036	1) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu	5
A037	2) Wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	10
	Zaburzenia mowy	
A038	1) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	30

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
A039	2) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	50
A040	3) afazja całkowita motoryczna	60
A041	4) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
A042	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym upośledzające czynność ustroju.	60
	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerw okoruchowy, bloczkowy, odwodzący)	
A043	1) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	5
A044	2) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	10
A045	3) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	20
A046	4) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	30
	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego	
A047	1) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	6
A048	2) ruchowe	10
A049	3) czuciowo-ruchowe	15
	Uszkodzenie nerwu twarzowego	
A050	1) obwodowe częściowe	10
A051	2) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
A052	3) izolowane uszkodzenie centralne	10
	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej	
A053	1) jednostronne	30
A054	2) obustronne	60
	Utrwalone uszkodzenie nerwów językowo-gardłowego i błędnego	
A055	1) częściowe	10
A056	2) całkowite	45
	Uszkodzenie nerwu dodatkowego	
A057	1) częściowe	5
A058	2) całkowite	15
	Uszkodzenie nerwu podjęzykowego	
A059	1) częściowe	5

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
A060	2) całkowite	20
	Inne urazy głowy	
A061	Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie	2
A062	Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	5
A063	Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	10
B	**Uszkodzenie twarzy**	
	Uszkodzenia powłok twarzy	
	1) Oszpecenia (widoczne, szpecące blizny) bez zaburzeń funkcji	
B001	a) powyżej 2 cm	3
B002	b) powyżej 3 cm	4
B003	c) powyżej 4 cm	5
B004	d) powyżej 5 cm	6
B005	e) powyżej 6 cm	7
B006	f) powyżej 7 cm	8
B007	g) powyżej 8 cm	9
B008	h) powyżej 9 cm	10
B009	2) oszpecenia z zaburzeniami funkcji	20
B010	3) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA, za każde 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
	Złamanie kości nosa	
B011	1) nie wymagające repozycji	2
B012	2) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia	4
B013	3) uszkodzenie struktury kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji	10
B014	4) uszkodzenie struktury kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji	15
B015	5) Utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita łącznie z kośćmi nosa	30
	Utrata zębów	
	1) stałe siekacze i kły – za każdy ząb	
B016	a) utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
B017	b) utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej ½ korony)	1

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
B018	c) całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
	2) pozostałe zęby – za każdy ząb	
B019	a) utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,25
B020	b) utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
B021	c) całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej	
B022	1) za każdą z kości	5
B023	2) ze zrostem w przemieszczeniu, utrwalonymi zniekształceniami, asymetrią zgryzu, upośledzeniem żucia, zaburzeniami czucia	10
	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów	
B024	1) częściowa	20
B025	2) całkowita	50
	Złamania żuchwy	
B026	1) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego	5
B027	2) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego	10
	Ubytek podniebienia	
B028	1) bez zaburzeń mowy i połykania	5
B029	2) z zaburzeniami mowy i połykania	15
B030	3) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania wraz zaburzeniami odżywiania	40
	Ubytki i urazy języka	
B031	1) bez istotnych zaburzeń mowy	3
B032	2) upośledzające odżywianie i mowę.	15
B033	3) całkowita utrata języka.	50
C	**Uszkodzenia narządu wzroku**	
	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrat jednego lub obu oczu	
C001	1) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, wg Tabeli ostrości wzroku, w zakresie	0-100
C002	2) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	7
C003	3) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	40
	Uwaga Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szkłami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji	
C004	1) jednego oka	15
C005	2) obuoczne	30
	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, urazów drążących, urazów chemicznych, termicznych, urazów spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną	
C006	1) z zaburzeniami ostrości wzroku, wg Tabeli ostrości wzroku w zakresie	0-100
C007	2) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej.	4
C008	Koncentryczne zwężenie pola widzenia, wg Tabeli koncentrycznego pola widzenia w zakresie	0-100
	Połowicze i inne niedowidzenia	
C009	1) dwuskroniowe	60
C010	2) dwunosowe	30
C011	3) jednoimienne	30
C012	4) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	10
	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji	
C013	1) w jednym oku	15
C014	2) obuoczna	30
C015	3) W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocena wg Tabeli ostrości wzroku	0-100
C016	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku – ocena wg Tabeli ostrości wzroku	0-100
	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej w zależności od stopnia i natężenia objawów	
C017	1) jednooczne	8
C018	2) obuoczne	15
C019	Pourazowe odwarstwienie siatkówki jednego oka – ocena wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli koncentrycznego widzenia	0-100
C020	Jaskra wtórna pourazowa – ocena wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli koncentrycznego widzenia	0-100
C021	Zaćma pourazowa – ocena w Tabeli ostrości wzroku	0-100
C022	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka (znaczne zmiany, zrosty powiek)	5

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała

Tabela ostrości wzroku

		Ostrość wzroku oka lewego										
		1	**0,9**	**0,8**	**0,7**	**0,6**	**0,5**	**0,4**	**0,3**	**0,2**	**0,1**	**0**
Ostrość wzroku oka lewego	**1**	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
	0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
	0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
	0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
	0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
	0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
	0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
	0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
	0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
	0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%
	0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

Tabela oceny koncentrycznego zwężenia pola widzenia

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0%	0%	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

D	Uszkodzenia narządu słuchu	
D001	Upośledzenie ostrości słuchu – ocena wg Tabeli utraty słuchu	0-50
D002	Pourazowe szumy uszne	4
	Urazy małżowiny usznej	
D003	1) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)	2
D004	2) utrata części małżowiny < 1/2 małżowiny lub znaczne zniekształcenia	5
D005	3) utrata > 1/2 małżowiny	10
D006	4) całkowita utrata jednej małżowiny	15
D007	5) całkowita utrata obu małżowin	25
D008	Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu – ocena wg Tabeli utraty słuchu	0-50

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
D009	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej – ocena wg Tabeli utraty słuchu	0-50
	Uszkodzenie ucha wewnętrznego	
D010	1) z uszkodzeniem części słuchowej ocena wg Tabeli utraty słuchu	0-50
D011	2) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności) oraz niewielkiego stopnia zaburzenia równowagi	10
D012	3) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności) oraz umiarkowanego stopnia zaburzenia równowagi	20
D013	4) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności) oraz zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się	50

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)

	Ucho prawe			
Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	pow. 70 dB
0-25 dB	0%	5%	10%	20%
26-40 dB	5%	15%	20%	30%
41-70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: Obliczamy oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz.
Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 HZ jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wyliczamy jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.
Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wyliczamy jako średnią z trzech progów: 500, 1000, 4000 Hz.

E	Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
E001	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	8
	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej	
E002	1) niewielka okresowa duszność, chrypka	8
E003	2) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	20
	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej	
E004	1) z zaburzeniami głosu	40
E005	2) z bezgłosem	60
	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła	
E006	1) bez niewydolności oddechowej	5
E007	2) z dusznością w trakcie wysiłku fizycznego	15
E008	3) z dusznością w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagającą okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	30
E009	4) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	60
	Uszkodzenie przełyku	
E010	1) bez zaburzeń w odżywianiu	2

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
E011	2) niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych z częściowymi trudnościami w odżywianiu	15
E012	3) wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	25
E013	4) z całkowitą niedrożnością przełyku i ze stałą przetoką żołądkową	50
	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni	
E014	1) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi	3
E015	2) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia do 50% zakresu ruchomości	10
E016	3) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	25
E017	4) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA, za każde 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
F	**Uszkodzenia klatki piersiowej, grzbietu i ich następstwa**	
	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu	
F001	1) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	3
F002	2) niewielkie ograniczenie ruchomości klatki piersiowej blizny, ubytki mięśniowe z - niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10
F003	3) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	20
F004	4) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	40
F005	5) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA, za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet	
F006	1) blizny lub częściowa utrata brodawki	5
F007	2) znaczna lub całkowita utrata brodawki	10
F008	3) częściowa utrata sutka	15
F009	4) całkowita utrata sutka	20
F010	5) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego	25
	Złamanie żeber	
	1) bez zmniejszenia wydolności oddechowej	
F011	a) od 1 do 3 żeber – za każde żebro	2
F012	b) 4 i więcej żeber	8
F013	2) z niewielkim ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	10

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
F014	3) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia	20
F015	4) ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej oraz ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	35
	Złamania mostka	
F016	1) bez zniekształceń z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	5
F017	2) ze zrostem w przemieszczeniu i zniekształceniem	8
F018	Dopłata z tytułu złamania żeber lub mostka (kod F011-F017) powikłanych przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami	10
	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.)	
F019	1) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	5
F020	2) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	10
F021	3) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	20
F022	4) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	40
F023	Dopłata z tytułu uszkodzenia płuc i opłucnej powikłanych przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc	20
	Uszkodzenie serca lub osierdzia	
F024	1) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	10
F025	2) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET z niewielkimi zaburzeniami kurczliwości	15
F026	3) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET z umiarkowanymi zaburzeniami kurczliwości	25
F027	4) III klasa NYHA, EF 35%–45 %, 5–7 MET z nasilonymi zaburzeniami kurczliwości	55
	Uwaga Stopień wydolności układu krążenia oceniamy na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.	
	Uszkodzenia przepony, rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	
F028	1) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	5
F029	2) zaburzenia niewielkiego stopnia	10
F030	3) zaburzenia średniego stopnia, z zaburzeniami oddychania	20
F031	4) zaburzenia dużego stopnia z zaburzeniami krążenia	40

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:
– niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych,
– średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych,
– znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
	Klasyfikacja Nyha – Klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca: **Klasa I**. Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych. **Klasa II**. Choroba serca powodująca – niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe. **Klasa III**. Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe. **Klasa IV**. Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort. **Definicja EF** – frakcja wyrzutowa lewej komory: Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca. **Definicja równoważnika metabolicznego MET** – stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej: MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	
G	**Uszkodzenia brzucha i ich następstwa**	
	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej	
G001	1) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości) i szpecące	3
G002	2) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	10
G003	3) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA, za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
	Uwaga: Za przepukliny urazowe uważamy wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu nie są uznawane za pourazowe.	
	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita wymagające leczenia operacyjnego	
G004	1) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5
G005	2) niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	10
G006	3) z zaburzeniami trawienia i zaburzeniami stanu odżywiania	30
G007	4) z zaburzeniami trawienia i odżywianiem jedynie pozajelitowym	50
	Trwałe przetoki jelitowe	
G008	1) jelita cienkiego	60
G009	2) jelita grubego	50
G010	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów	10
	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu	
G011	1) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	5
G012	2) stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
	Uszkodzenia odbytnicy	
G013	1) pełnościenne uszkodzenie, niewielkie dolegliwości bez zaburzeń funkcji	10

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
G014	2) wypadanie błony śluzowej	15
G015	3) wypadanie odbytnicy utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	25
	Uszkodzenia śledziony	
G016	1) leczone zachowawczo, krwiak, pęknięcie narządu, potwierdzone badaniem obrazowym	5
G017	2) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	10
G018	3) utrata u osób powyżej 18. roku życia	15
	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki	
G019	1) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	5
G020	2) z zaburzeniami czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	10
G021	3) z zaburzeniami czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	25
G022	4) z zaburzeniami czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz i wewnątrzwydzielniczej trzustki	50
H	**Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych**	
	Uszkodzenie nerek	
H001	1) jednej nerki powodujące upośledzenie jej funkcji	15
H002	2) obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji	25
	Utrata nerek	
H003	1) jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
H004	2) jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki	50
H005	3) obu nerek	75
	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła	
H006	1) nie powodujące zaburzeń funkcji	5
H007	2) z zaburzeniami funkcji układu moczowego	15
	Uszkodzenie pęcherza moczowego	
H008	1) bez zaburzeń funkcji	5
H009	2) z zaburzeniami funkcji (zmniejszenie jego pojemności, zaburzenia w oddawaniu moczu, przewlekłe stany zapalne wymagające leczenia operacyjnego)	20
H010	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym upośledzające jakość życia.	30
	Zwężenia cewki moczowej	

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
H011	1) powodujące trudności w oddawaniu moczu	10
H012	2) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	30
H013	3) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50
	Uszkodzenia prącia	
H014	1) uszkodzenie lub częściowa utrata	20
H015	2) całkowita utrata	40
H016	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach Tabeli)	20
H017	Utrata obu jąder lub obu jajników	40
	Pourazowy wodniak jądra	
H018	1) wyleczony operacyjnie	2
H019	2) ze zmianami utrzymującymi się po leczeniu operacyjnym	10
H020	Utrata macicy	40
	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków	
H021	1) rozległe blizny, ubytki, deformacje	5
H022	2) wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	10
H023	3) wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się leczeniu zabiegowym	30
I	**Ostre zatrucia, nagłe działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych**	
	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi uznane za nieszczęśliwy wypadek	
I001	1) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	5
I002	2) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów	10
I003	3) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego	20
	Inne następstwa zatruć oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń)	
I004	1) ze stwierdzoną utratą przytomności oraz obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	5
I005	2) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów	15
J	**Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa**	
	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym (C1-C7)	
J001	1) z ograniczeniem ruchomości do 25%	5
J002	2) z ograniczeniem ruchomości 26%–50%	10

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
J003	3) z ograniczeniem ruchomości 51%–75%	17
J004	4) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	25
J005	5) z zesztywnieniem w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
J006	6) z zesztywnieniem w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
Zakres ruchomości - Odcinek szyjny zgięcie 50º, wyprost 60º(zgięcie i wyprost 40% funkcji) przechylanie na boki po 45º (25% funkcji) ruchy obrotowe po 80º (35% funkcji)		
	Dopłata z tytułu uszkodzeń kręgosłupa w odcinku szyjnym (C1-C7)	
J007	1) z obniżeniem wysokości trzonu o co najmniej 10%	6
J008	2) z niestabilnością (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacją o kąt większy niż 11º)	8
J009	3) powikłanych zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp.	5
	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10)	
J010	1) z ograniczeniem ruchomości do 50%	5
J011	2) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15
J012	3) z zesztywnieniem w pozycji fizjologicznej	20
J013	4) z zesztywnieniem w ustawieniu niekorzystnym	30
Zakres ruchomości - Odcinek piersiowy zgięcie 50º (60% funkcji) ruchy obrotowe po 30º (40% funkcji)		
	Dopłata z tytułu uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10)	
J014	5) z obniżeniem wysokości trzonu o co najmniej 10%	4
J015	6) z niestabilnością (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg przemieszczenia sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacji o kąt większy niż 11°)	7
J016	7) powikłanych zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp.	5
	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5)	
J017	1) z ograniczeniem ruchomości do 25%	5
J018	2) z ograniczeniem ruchomości 26%–50%	10
J019	3) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	22
J020	4) z zesztywnieniem w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
J021	5) z zesztywnieniem w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
Zakres ruchomości - Odcinek lędźwiowy		
zgięcie 60º, wyprost 25º (zgięcie i wyprost 75% funkcji) pochylanie na boki po 25º (25% funkcji)		
	Dopłata z tytułu uszkodzeń kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5)	
J022	1) z obniżeniem wysokości trzonu co najmniej o 10%	7
J023	2) z niestabilnością (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15º)	9
J024	3) powikłanych zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp.	5
	Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych	
J025	1) od 1 do 7 wyrostków – za każdy wyrostek	1
J026	2) 8 wyrostków i więcej	8
	Uszkodzenie rdzenia kręgowego	
J027	1) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1 ° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette'a	100
J028	2) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a	80
J029	3) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej 0–2° w skali Lovette'a	60
J030	4) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych 4° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej 3-4° w skali Lovette'a	20
J031	5) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego.	20
	Urazowe zespoły korzeniowe	
	1) szyjne	
J032	a) zwiększone napięcie mięśni, bóle	3
J033	b) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, zaburzenia czucia jednostronnie	7
J034	c) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, zaburzenia czucia obustronnie	10
J035	d) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, wymagające zaopatrzenia ortopedycznego (kule, ortezy itp. (może być jednostronne lub obustronne)	15
	2) piersiowe	
J036	a) zwiększone napięcie mięśni, bóle	2
J037	b) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, zaburzenia czucia jednostronnie	5

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
J038	c) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, zaburzenia czucia obustronnie	7
J039	d) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, wymagające zaopatrzenia ortopedycznego (kule, ortezy itp. (może być jednostronne lub obustronne)	10
	3) lędźwiowo-krzyżowe	
J040	a) zwiększone napięcie mięśni, bóle	3
J041	b) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, zaburzenia czucia jednostronnie	7
J042	c) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, zaburzenia czucia obustronnie	10
J043	d) zwiększone napięcie mięśni, bóle zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe, wymagające zaopatrzenia ortopedycznego (kule, ortezy itp. (może być jednostronne lub obustronne)	15
J044	4) guziczne	3

Skala Lovette'a
0º – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,
1º – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej,
2º – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej,
3º – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
4º – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej,
5º – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej.

K	Uszkodzenia miednicy	
K001	Izolowane złamanie miednicy (kość biodrowa, kolce biodrowe, guz kulszowy)	5
	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe	
K002	1) złamanie kości ogonowej	1
K003	2) izolowane złamanie kości krzyżowej	2
	3) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	
K004	a) złamanie kości kulszowej lub łonowej	2
K005	b) złamanie kości kulszowej i łonowej	5
	4) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	
K006	a) bez przemieszczenia	10
K007	b) z przemieszczeniem	20
	Uszkodzenie izolowane spojenia łonowego i stawu krzyżowo-biodrowego	
K008	1) rozejście spojenia łonowego	5
K009	2) rozerwanie stawu krzyżowo-biodrowego	10
	Złamanie panewki	
K010	1) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	8

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
K011	2) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
	3) zwichnięcie centralne	
K012	a) I. I°	8
K013	b) II. II°	15
K014	c) III. III°	25
	Uwaga Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniamy dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	
L	**Uszkodzenia kończyny górnej**	
	Złamanie łopatki	
L001	1) bez przemieszczenia i/lub niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	5
L002	2) z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości do 30%	9
L003	3) z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	15
L004	4) z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	30
L005	Złamanie obojczyka	5
	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka	
L006	1) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramienno-łopatkowego do 20%	6
L007	2) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramienno-łopatkowego powyżej 20%	15
	Staw rzekomy obojczyka, zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym	
L008	1) do 20%	12
L009	2) powyżej 20%	22
	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	
L010	1) brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I stopnia)	5
L011	2) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II, II/III stopnia)	10
L012	3) Wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II/III, III stopnia)	17
	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku (ubytki tkanek, ograniczenie ruchów, zaniki mięśni, przemieszczenia i zniekształcenia)	
L013	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	6
L014	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	15
L015	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
L016	Zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego leczone zachowawczo	5
	Zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego leczone operacyjnie	
L017	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	7
L018	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	15
L019	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	23
Zakres ruchomości - obręcz kończyny górnej zgięcie 0-180º (40% funkcji) wyprost 0-60º (10% funkcji) odwodzenie 0-90º (odwodzenie i unoszenie 20% funkcji) unoszenie 90-180º (10% funkcji) przywodzenie 0-50º (10% funkcji) rotacja zewnętrzna 0-70º (10% funkcji) rotacja wewnętrzna 0-100º (10% funkcji) pozycja funkcjonalna 20-40º zgięcia, 20-50º odwiedzenia i 30-50º rotacji wewnętrznej		
	Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym)	
L020	1) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	31
L021	2) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40
	Utrata kończyny górnej	
L022	1) w stawie ramienno-łopatkowym	75
L023	2) wraz z łopatką	80
	Złamanie trzonu kości ramiennej	
L024	1) bez przemieszczenia i/lub niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	5
L025	2) z upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym do 30%	10
L026	3) z upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	25
L027	Dopłata w przypadku złamań trzonu kości ramiennej powikłanych przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp.	10
	Uszkodzenia ramienia mięśni, ścięgien i ich przyczepów	
L028	1) bez zmian wtórnych i upośledzenia funkcji	5
L029	2) ze zmianami wtórnymi i upośledzeniem funkcji	15
L030	Utrata kończyny w obrębie ramienia	70
L031	Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia	5
	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej), zaburzenia osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmiany wtórne	
L032	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	5

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
L033	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	13
L034	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21
	Zesztywnienie stawu łokciowego	
L035	1) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25
L036	2) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego	30
L037	3) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45
L038	4) w innych niekorzystnych ustawieniach	40
	Uszkodzenia łokcia zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich z ograniczeniem ruchów, zanikami mięśni, przemieszczeniami, zniekształceniami oraz innych zmianami wtórnymi	
L039	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	5
L040	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	11
L041	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20
Zakres ruchomości - Staw łokciowy		
zakres ruchu 0º (pełny wyprost) do 140º (pełne zgięcie) – zgięcie i wyprost 60% funkcji, pozycja funkcjonalna 80º zgięcia		
L042	Cepowy staw łokciowy utrwalony mimo leczenia	25
L043	Dopłata w przypadku uszkodzeń stawu łokciowego wskazanych w pkt L030-L040 powikłanych przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp.	5
	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia	
L044	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	5
L045	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	11
L046	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	18
L047	4) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	20
L048	5) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	25
	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	
L049	1) bez zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	6
L050	2) nieznaczne zniekształcenia i zaburzenia czynnościowe	12
L051	3) duże zmiany, zniekształcenia i zaburzenia czynnościowe, zmiany wtórne i inne	20
L052	4) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej po wyczerpaniu wszelkich możliwości leczenia	25
	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmiany wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne)	

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
L053	1) niewielkie zmiany, blizny powyżej 5 cm bez upośledzenia funkcji	3
L054	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	8
L055	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15
L056	4) Dopłata w przypadku uszkodzeń przedramienia powikłanych przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej	5
L057	Utrata kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	60
	Uszkodzenia nadgarstka skręcenia, zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich z ograniczeniem ruchów, zanikami mięśni, przemieszczeniami, zniekształceniami oraz innych zmianami wtórnymi	
L058	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	5
L059	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	10
L060	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16
	Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka	
L061	1) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20
L062	2) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25
L063	3) Dopłata w przypadku uszkodzenia nadgarstka (kod L056-L061) powikłanego trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami	5

Zakres ruchmości

Przedramię
nawracanie 0-80º, odwracanie 0-80º,
pozycja funkcjonalna 20º nawrócenia – 40% funkcji

Nadgarstek
zgięcie dłoniowe 60º (czynnie), 80º (biernie)
zgięcie grzbietowe 60º (czynnie), 80º (biernie) – zgięcie dłoniowe i grzbietowe łącznie stanowi 70% funkcji
odchylenie promieniowe 20º
odchylenie łokciowe 30º – odchylenia 30% funkcji
pozycja funkcjonalna od 10º zgięcia dłoniowego do 10º zgięcia grzbietowego i od 0º do 10º odchylenia łokciowego

	Uszkodzenie śródręcza (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) – ubytki, zniekształcenia oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i inne zmiany wtórne	
L064	1) I kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	4
L065	2) I kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	8
L066	3) I kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	14
L067	4) II kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości palca wskazującego do 30%	3
L068	5) II kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości palca wskazującego w zakresie 31–60%	7
L069	6) II kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości palca wskazującego powyżej 60%	10
L070	7) III kość śródręcza z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	2

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
L071	8) III kość z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	4
L072	9) IV, V kość śródręcza – ocena osobna dla każdej kości śródręcza z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	2
L073	10) IV, V kość śródręcza – ocena osobna dla każdej kości śródręcza z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3

Zakres ruchomości

Kciuk
staw śródręczno-paliczkowy 0-60º (pozycja funkcjonalna 20º zgięcia) – 10% funkcji
staw międzypaliczkowy 0-80º (pozycja funkcjonalna 20º zgięcia) – 15% funkcji
odwodzenie 0-50º – 10% funkcji
przywodzenie (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawu śródręczno-paliczkowego palca 5 wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchu 0 cm, brak ruchu 8 cm – 20% funkcji
opozycja (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawów śródręczno-paliczkowych, na wysokości 3 stawu śródręczno-paliczkowego wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchów 8 cm, brak ruchu 0 cm – 45% funkcji

Palce 2-5
staw śródręczno-paliczkowy 0-90º (pozycja funkcjonalna 30º zgięcia)
staw międzypaliczkowy bliższy 0-100º (pozycja funkcjonalna 40º zgięcia)
staw międzypaliczkowy dalszy 0-70º (pozycja funkcjonalna 20º zgięcia)

	Utrata w obrębie kciuka	
L074	1) częściowa lub całkowita utrata opuszki	2
L075	2) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	10
L076	3) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości p. podstawnego)	12
L077	4) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16
L078	5) utrata obu paliczków z kością śródręcza	25
	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich)	
L079	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	3
L080	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26–50%	6
L081	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51–75%	11
L082	4) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16
L083	5) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródręcza	20
	Utrata w obrębie wskaziciela	
L084	1) utrata częściowa opuszki	2
L085	2) utrata paliczka paznokciowego	5
L086	3) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	8
L087	4) utrata paliczka środkowego	10
L088	5) utrata trzech paliczków	15

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich	
L089	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
L090	2) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–40%	5
L091	3) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41–70%	9
L092	4) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	13
L093	5) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	18
	Utrata w obrębie palców III, IV i V dłoni	
L094	1) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3
L095	2) palec III – utrata dwóch paliczków	7
L096	3) palec III – utrata trzech paliczków	10
L097	4) palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego	2
L098	5) palec IV i V – utrata dwóch paliczków	4
L099	6) palec IV i V – utrata trzech paliczków	7
	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	
L100	1) palec III	11
L101	2) palec IV i V	9
L102	3) (utraty mnogie) jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35
L103	4) (utraty mnogie) całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25
L104	5) (utraty mnogie) całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12
L105	6) (utraty mnogie) całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20
L106	7) (utraty mnogie) całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	45
L107	8) (utraty mnogie) całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	40
	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich, za każdy palec w zależności od stopnia	
L108	1) palec III ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	2
L109	2) palec III ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	4
L110	3) palec III ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	5
L111	4) palec III ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	8
L112	5) palec IV i V ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	2

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
L113	6) palec IV i V ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3
L114	7) palec IV i V ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	4
L115	8) palec IV i V ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6
	Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry, mięśni, naczyń)	
L116	1) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA skóry kończyn górnych (bez rąk), za każde 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
L117	2) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA skóry rąk, za każde 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	3
M	**Uszkodzenia kończyny dolnej**	
	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej	
M001	1) brak zmian lub niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	10
M002	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	18
M003	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	30
Zakres ruchomości - Staw biodrowy zgięcie 0-120º wyprost 0-20º odwodzenie 0-50º przywodzenie 0-40º obracanie na zewnątrz 0-45º obracanie do wewnątrz 0-50º		
	Zesztywnienie stawu biodrowego	
M004	1) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	35
M005	2) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	45
M006	Dopłata w przypadku przykurczy i zesztywnień (M001- M005) powikłanych przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp.	5
	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	
M007	1) bez ograniczeń funkcji	15
M008	2) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	20
M009	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	40
	Utrata kończyny dolnej	
M010	1) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	75
M011	2) w obrębie kości udowej	70
M012	3) na poziomie stawu kolanowego	60

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
M013	4) poniżej stawu kolanowego	50
	Złamanie kości udowej	
M014	1) bez przemieszczenia i/lub skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	10
M015	2) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	15
M016	3) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	25
M017	4) niewielkie zmiany wtórne ze skróceniem do 3 cm	13
M018	5) średnie zmiany wtórne ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	22
M019	6) duże zmiany wtórne ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	35
M020	7) Dopłata z tytułu uszkodzeń uda (pkt M014 – M019) powikłanych przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym	5
M021	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny	50
	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich kończyny dolnej w zależności od zaburzeń funkcji kończyny	
M022	1) niewielkie zmiany, blizny powyżej 5 cm – bez upośledzenia funkcji	2
M023	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	6
M024	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	12
M025	4) Dopłata w przypadku uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych	10
M026	Złamanie rzepki	5
M027	Usunięcie rzepki	10
M028	Zwichnięcia rzepki wymagające nastawienia przez lekarza	4
	Uszkodzenia łąkotek operowane	
M029	1) uszkodzenie łąkotki nieoperowane (potwierdzone w USG lub MR) lub operowane i szyte	1
M030	2) częściowe usunięcie łąkotki	2
M031	3) całkowite usunięcie łąkotki	3
	Uszkodzenia całkowite więzadeł – dotyczy wyłącznie więzadeł krzyżowych (ACL, PCL) i pobocznych (MCL, LCL)	
M032	1) częściowe (naderwanie)	3
M033	2) całkowite (zerwanie)	6
M034	Skręcenie stawu kolanowego	3
M035	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
	Złamanie kości podudzia	

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
M036	1) brak zmian lub niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	15
M037	2) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm	25
M038	3) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	35
M039	Złamanie strzałki	5
M040	Złamanie trzonu kości piszczelowej	10
	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien	
M041	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	3
M042	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	7
M043	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	12
	Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego	
M044	1) skręcenia	3
M045	2) zwichnięcia	5
	3) złamania	
M046	a) jednej kostki, tylnej krawędzi piszczeli lub nasady dalszej piszczeli (bez przemieszczenia)	5
M047	b) dwukostkowe	8
M048	c) trójkostkowe	10
M049	d) dwukostkowe lub trójkostkowe ze zwichnięciem w stawie skokowym	12
M050	4) Dopłata z tytułu uszkodzeń stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego (pkt M044-M049) powikłanych przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi	5
	Zesztywnienie stawu skokowo- goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji	
M051	1) pod kątem zbliżonym do prostego ±5 stopni	20
M052	2) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	30
M053	3) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp.	35
	Utrata kości skokowej i/lub piętowej	
M054	1) częściowa utrata	30
M055	2) całkowita utrata	40
	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi	
M056	1) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
M057	2) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	8

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
M058	3) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20
Zakres ruchomości **Kolano** pełny wyprost 180º pełne zgięcie do 60-40º **Staw skokowy** zgięcie grzbietowe 0-20º zgięcie podeszwowe 0-40/50º (zgięcia 80% funkcji) nawracanie 0-10º odwracanie 0-40º (ruchy obrotowe 15% funkcji) przywodzenie 0-10º odwodzenie 0-10º (razem 5% funkcji) pięta w fizjologicznym ustawieniu koślawym 5º		
	Złamania kości śródstopia	
M059	1) I lub V kości śródstopia – niewielkie zmiany bez zniekształceń	3
M060	2) I lub V kości śródstopia – znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczeniem ruchomości stopy	7
M061	3) II, III lub IV kości śródstopia – niewielkie zmiany	2
M062	4) II, III lub IV kości śródstopia – znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	5
M063	5) złamania trzech i więcej kości śródstopia zrośnięte bez przemieszczenia	6
M064	6) złamania trzech i więcej kości śródstopia zrośnięte z przemieszczeniem	15
M065	7) Dopłata w przypadku złamań kości śródstopia powikłanych zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi	5
	Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate i zniekształcające	
M066	1) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
M067	2) rany podeszwy powyżej 2 cm na powierzchni obciążanej	2
M068	3) rany podeszwy powyżej 4 cm na powierzchni nieobciążanej	2
	Częściowa utrata stopy	
M069	1) w okolicy stępowo-śródstopnej	25
M070	2) w środkowej części stępu	35
M071	3) na poziomie stawu skokowego	40
	Uszkodzenie palucha	
M072	1) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	2
M073	2) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
M074	3) utrata całego palucha	10
	Inne uszkodzenia palucha w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości (złamania, zwichnięcia, skręcenia)	

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
M075	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2
M076	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	4
M077	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	8
	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV lub V stopy	
M078	1) częściowa utrata palca	1
M079	2) całkowita utrata palca	2
M080	3) całkowita strata czterech palców stóp	10
M081	Utrata palca V z kością śródstopia	8
M082	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (bez względu na liczbę palców)	5
	Inne uszkodzenia II, III, IV i V palca: zwichnięcia, złamania, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich (bez względu na liczbę palców)	
M083	1) bez upośledzenia funkcji	2
M084	2) z upośledzeniem funkcji	5
Zakres ruchomości **Palce stopy** zgięcie 0-około 40º (czynnie), do około 60º (biernie) wyprost 0-około 45º (czynnie), do około 80º (biernie)		
N	**Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych**	
	Częściowe lub całkowite uszkodzenie nerwów	
	1) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	
N001	a) częściowe	5
N002	b) całkowite (porażenie)	15
	2) nerwu piersiowego długiego	
N003	a) częściowe	5
N004	b) całkowite (porażenie)	15
	3) nerwu pachowego	
N005	a) częściowe	8
N006	b) całkowite (porażenie)	25
	4) nerwu mięśniowo-skórnego	
N007	a) częściowe	8
N008	b) całkowite (porażenie)	25

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
	5) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	
N009	a) częściowe	15
N010	b) całkowite (porażenie)	45
	6) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	
N011	a) częściowe	10
N012	b) całkowite (porażenie)	30
	7) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	
N013	a) częściowe	8
N014	b) całkowite (porażenie)	25
	8) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	
N015	a) częściowe	5
N016	b) całkowite (porażenie)	15
	9) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	
N017	a) częściowe	13
N018	b) całkowite (porażenie)	40
	10) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	
N019	a) częściowe	8
N020	b) całkowite (porażenie)	25
	11) nerwu łokciowego	
N021	a) częściowe	10
N022	b) całkowite (porażenie)	30
	12) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej	
N023	a) częściowe	8
N024	b) całkowite (porażenie)	25
	13) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	
N025	a) częściowe	15
N026	b) całkowite (porażenie)	45
	14) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	
N027	a) częściowe	5

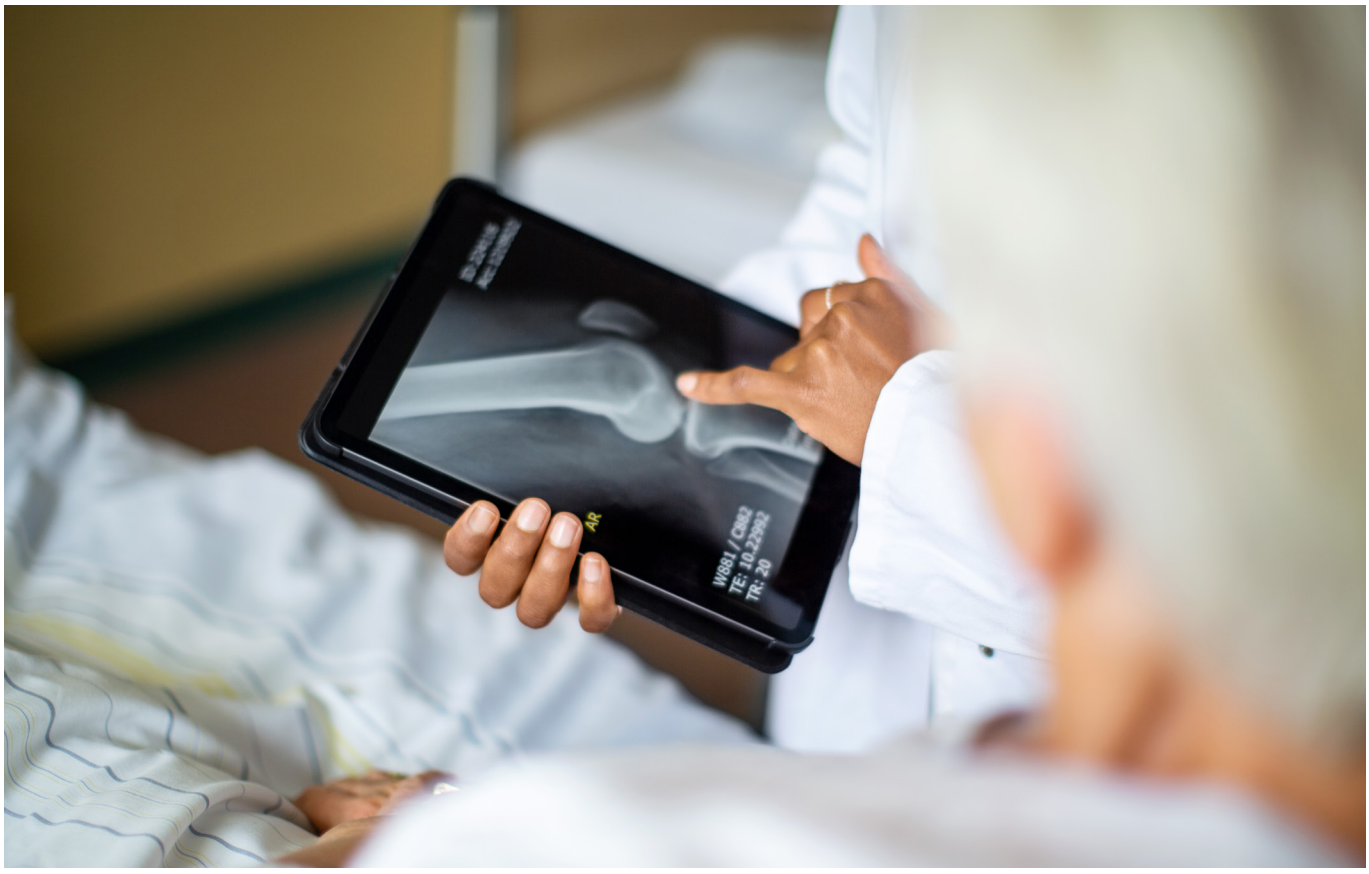
Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
N028	b) całkowite (porażenie)	15
	15) nerwu zasłonowego	
N029	a) częściowe	5
N030	b) całkowite (porażenie)	15
	16) nerwu udowego	
N031	a) częściowe	10
N032	b) całkowite (porażenie)	30
	17) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	
N033	a) częściowe	7
N034	b) całkowite (porażenie)	20
	18) nerwu sromowego wspólnego	
N035	a) częściowe	8
N036	b) całkowite (porażenie)	25
	19) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	
N037	a) częściowe	17
N038	b) całkowite (porażenie)	50
	20) nerwu piszczelowego	
N039	a) częściowe	13
N040	b) całkowite (porażenie)	40
	21) nerwu strzałkowego	
N041	a) częściowe	7
N042	b) całkowite (porażenie)	20
	22) splotu lędźwiowo-krzyżowego	
N043	a) częściowe	20
N044	b) całkowite (porażenie)	70
	23) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	
N045	a) częściowe	3
N046	b) całkowite (porażenie)	10

Kod	Nazwa zdarzenia	% Uszkodzenia ciała
	Uwaga Do oceny uszczerbków wskazanych w pkt N001-N046 niezbędna jest ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego.	
	Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną	
N047	1) stopnia umiarkowanego	30
N048	2) stopnia znacznego	50
	Uwaga W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.	
	Uwagi ogólne Jeżeli w ramach jednego Nieszczęśliwego wypadku doznałeś kilku uszczerbków na zdrowiu w zakresie tego samego organu, narządu lub układu to wypłacimy Świadczenie za najwyższy poniesiony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z powyższą tabelą. Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości % wartości uszczerbku na zdrowiu bierzemy pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania % wartości uszczerbku za poszczególne uszkodzenia. Łączny % wartości uszczerbku górnej lub dolnej kończyny (lub jej części) nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniamy wg amputacji na wyższym poziomie.	

nationale nederlanden

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda Plus

ANEKS/YO14/1/2023



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:
Aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda Plus nr ANEKS/YO14/1/2023.

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7, Art. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda Plus

nr ANEKS/YO14/1/2023

Art. 1 Czego dotyczy ten Aneks?

1. Aneks stosujemy do Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała (oznaczonej kodami: AI12, BI12, AB12, AB14) oraz Umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała dziecka (oznaczonej kodem: AC12). Ten Aneks oznaczamy kodem YO14 w polisie i innych dokumentach.
2. Jeśli w Aneksie mówimy o Umowie dodatkowej, mamy na myśli jedną z umów dodatkowych wymienionych w ust. 1 Aneksu.
3. W Aneksie opisujemy warunki na jakich udostępniamy dodatkowe świadczenia, które uzupełniają ochronę świadczoną na podstawie Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają używane pojęcia?

Wszystkie zdefiniowane pojęcia oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Tu znajdziesz te, które występują najczęściej. Przeczytaj uważnie poniższe pojęcia. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Strony Umowy

1. **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 (inaczej Ubezpieczyciel), czyli My;

2. **Właściciel polisy** – to osoba, która ukończyła 18 lat. Ma pełną zdolność do czynności prawnych, zawiera Umowę i opłaca Składkę;

3. **Ubezpieczony** – to osoba, która korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, czyli Ty.

… oraz inne często używane pojęcia:

4. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje, potwierdzone dokumentami wymaganymi przez właściwe przepisy prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.

5. **Fizjoterapeuta** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje, potwierdzone dokumentami wymaganymi przez właściwe przepisy prawa, dobiera i przeprowadza badania diagnostyczne i funkcjonalne dla potrzeb tworzenia, weryfikacji i modyfikacji programu fizjoterapii w rehabilitacji medycznej (usprawniania).

6. **Psycholog** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje, potwierdzone dokumentami wymaganymi przez właściwe przepisy prawa, zajmuje się stawianiem diagnozy i udzielaniem pomocy psychologicznej.

7. **Usługa medyczna** – porada lekarska/ fizjoterapeutyczna/psychologiczna /badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarskie i inne działania wymienione w Katalogu Świadczeń medycznych koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego służące powrotowi do zdrowia i optymalnej sprawności w jak najkrótszym czasie, po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

8. **Suma ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych** – wskazana w Katalogu Świadczeń medycznych dla każdej Usługi medycznej maksymalna, jednorazowa wysokość Świadczenia medycznego, wyrażona w złotych polskich, jaka może być zrealizowana na Twoją rzecz w formie wypłaty świadczenia pieniężnego na zasadach opisanych w Aneksie, w przypadku zajścia zdarzenia wskazanego w art. 3 ust. 2.

9. **Katalog Świadczeń medycznych** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszego Aneksu, realizowanych w Placówkach medycznych na rzecz Ubezpieczonego na zasadach opisanych w Aneksie, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w art. 3 ust. 2.

10. **Świadczenie medyczne** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane w ramach Programu zdrowotnego na Twoją rzecz, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegające na:
    a) organizacji wykonania Usługi medycznej (**świadczenie rzeczowe**) – porady lekarskiej, badania diagnostycznego, zabiegów pielęgniarskich, zabiegów rehabilitacyjnych i innych działań wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych, koordynowanych w całości przez Konsultanta Medycznego, w jak najkrótszym czasie,

    albo

    b) zapłacie określonej kwoty pieniężnej (**świadczenia pieniężnego**) zgodnie z Katalogiem Świadczeń medycznych do wysokości limitu kwotowego określonego dla każdej usługi, z zastrzeżeniem że jeśli świadczenie pieniężne realizowane jest po uprzedniej autoryzacji przez Konsultanta medycznego, nie obowiązuje limit kwotowy (tzn. następuje zapłata w wysokości 100% poniesionego przez Ciebie kosztu)

11. **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny współpracujący z Centrum Świadczeń medycznych, organizujący Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym Ubezpieczonego;

12. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z prawem podmiot leczniczy, prowadzący działalność leczniczą polegającą na realizowaniu usług medycznych, fizjoterapeutycznych i psychologicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

13. **Pierwsza pomoc** – oznacza świadczenie pieniężne zgodnie z ust. 10b) powyżej za pierwszą wizytę obejmującą konsultację lekarską lub /i badania RTG lub /i badanie USG lub/i badania laboratoryjne, zgodnie z limitem kwotowym określonym w Katalogu Świadczeń medycznych, bez konieczności uprzedniej autoryzacji Konsultanta medycznego, jednakże pod warunkiem, że Zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem wystąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej, a pierwsza wizyta zrealizowana została maksymalnie w ciągu 10 dni po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

14. **Program zdrowotny** – zakres Świadczeń medycznych opisany w Katalogu Świadczeń medycznych, służący rozpoczęciu bez zbędnej zwłoki optymalnego leczenia i rehabilitacji wskutek Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w celu przywrócenia lub zachowania zdrowia Ubezpieczonego.

15. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od Twojej woli zdarzenie, które nastąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia Ubezpieczeniowego .

16. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – występujące w okresie ochrony ubezpieczeniowej Złamanie kości, Zwichnięcie stawu, Skręcenie, Poważne oparzenie, Odmrożenie, Rany wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, Utrata kończyny, rozpoznane przez Lekarza udzielającego pierwszej pomocy, w związku z którym na rzecz Ubezpieczonego wykonywana jest przez Placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługa medyczna służąca przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia.

17. **Złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym.

18. **Zwichnięcie stawu** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą. Za Zwichnięcie stawu nie uważa się zwichnięć nawykowych.

19. **Skręcenie** – uszkodzenie torebki stawowej powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, gdy siła urazu przekracza wytrzymałość torebki stawowej, a zakres ruchu stawu po urazie jest większy od fizjologicznego (z wyłączeniem tzw. mechanizmu smagnięcia biczem – uraz whiplash)

20. **Rany wymagające zaopatrzenia chirurgicznego** – rana wymagająca zaopatrzenia chirurgicznego polegającego na założeniu przez lekarza szwów, klamer lub stripów na powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku rany skóry lub tkanki podskórnej.

21. **Odmrożenie** – czasowe lub nieodwracalne uszkodzenie tkanek, powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, powstające na skutek działania niskich temperatur.

22. **Poważne oparzenie** – uraz skóry, błon śluzowych, niekiedy tkanek położonych głębiej jak mięśnie i kości, powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, spowodowany działaniem wysokich temperatur, energii elektrycznej i żrących substancji chemicznych. Poważne oparzenie nie obejmuje oparzeń I stopnia oraz oparzeń II stopnia obejmujących mniej niż 10% powierzchni ciała.

23. **Utrata kończyny** – utrata /amputacja powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku , tj. przecięcie kości w zdrowej tkance lub tzw. wyłuszczenie w stawie, czyli odjęcie części kończyny przez staw.

24. **Centrum Świadczeń medycznych** – Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni przy ul. Śląskiej 17 – przedstawiciel Nationale-Nederlanden, zajmujący się w imieniu Nationale-Nederlanden przyznawaniem, organizacją i realizacją Świadczeń medycznych, w tym przyznawaniem świadczeń pieniężnych z tytułu Pierwszej pomocy;

25. **Panel Ubezpieczonego** – aplikacja znajdująca się na stronie www.tuzdrowie.pl za pośrednictwem, której Ubezpieczony po zalogowaniu się może dokonać zgłoszenia roszczenia dotyczącego realizacji Świadczenia medycznego, uzupełnić dokumentację medyczną, sprawdzić historię świadczeń, a także umówić się na wykonanie świadczeń za pośrednictwem e-rejestracji;

26. **Infolinia medyczna** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 12, dzięki, której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Świadczeń medycznych. Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń medycznych;

27. **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych albo udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.

28. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

29. **Rekreacyjne uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, wykonywana w wolnym czasie dla swojego zdrowia i dobrego samopoczucia

Art. 3 Jaki jest zakres ochrony?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje realizację Świadczenia medycznego, w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie, w którym byłeś objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje się dzień rozpoznania przez Lekarza udzielającego pierwszej pomocy Złamania Kości, Zwichnięcia stawu, Skręcenia, Poważnego oparzenia, Odmrożenia, Rany wymagającej zaopatrzenia chirurgicznego, Utraty Kończyny wskazanych w dokumentacji medycznej wydanej przez Lekarza prowadzącego Twoje leczenie.

Art. 4 Jakie są Twoje obowiązki?

1. Jeżeli konieczne będzie potwierdzenie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Twoim obowiązkiem będzie wizyta u Lekarza orzecznika.
2. Jeśli odmówisz poddania się badaniom u lekarza orzecznika w uzgodnionym terminie możemy odmówić Ci realizacji świadczenia.

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

1. Ubezpieczamy Cię jeśli ukończyłeś 3 lata i nie ukończyłeś 66 lat.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej będą Ci przysługiwać Świadczenia medyczne ustalone w ramach Programu zdrowotnego.
3. Świadczenia medyczne realizowane są w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego.

4. Usługi realizowane w ramach Pierwszej pomocy nie są świadczone przez Centrum Świadczeń Medycznych oraz nie wymagają autoryzacji i koordynacji przez Konsultanta medycznego.
5. Zgłoszenie do Centrum Świadczeń medycznych w przypadku: Złamania kości, Zwichnięcia stawu, Skręcenia, Poważnego oparzenia, Odmrożenia, Ran wymagających zaopatrzenia chirurgicznego, Utraty kończyny:
   5.1. W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego powinieneś przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:
      a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego" znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz
      b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego
      lub
      przekazać w/w dokumenty on–line po zalogowaniu do Panelu Ubezpieczonego, aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.
   5.2. Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych skontaktuje się z Tobą na podany we wniosku nr telefonu w celu:
      a) przekazania informacji o akceptacji przesłanego wniosku i rozpoczęciu realizacji Programu zdrowotnego; lub
      b) wystąpienia o dodatkową dokumentację medyczną; lub
      c) przekazania informacji o wystąpieniu o dokumentację medyczną do Placówek medycznych, w których leczyłeś się dotychczas lub
      d) przekazania informacji o nieuznaniu Twojego roszczenia.
   5.3. Po uzyskaniu dodatkowej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5.2 Konsultant medyczny w ciągu 3 dni roboczych podejmuje decyzję o rozpoczęciu Programu zdrowotnego lub przekazuje informację o nieuznaniu Twojego roszczenia.
   5.4. Pisemna decyzja o nieuznaniu Twojego roszczenia wraz z uzasadnieniem jest przesyłana na adres korespondencyjny lub adres mailowy podany we wniosku o rozpoczęcie Programu zdrowotnego, po kontakcie telefonicznym z Tobą.
   5.6. Przysługują Ci Świadczenia medyczne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, które opisaliśmy w Katalogu Świadczeń medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Aneksu. Świadczenia medyczne są w całości koordynowane przez Konsultanta medycznego, za wyjątkiem świadczeń z tytułu Pierwszej pomocy.

Art. 6 Wybór formy realizacji Świadczeń medycznych

1. Po wydaniu przez Konsultanta Medycznego decyzji o rozpoczęciu Programu zdrowotnego możesz wybrać formę realizacji Świadczeń medycznych:
   a) w formie bezgotówkowej realizacji Świadczeń medycznych (Usług medycznych), za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych;
   b) w formie świadczenia pieniężnego w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ciebie kosztom wykonania Świadczenia medycznego, ograniczonego do Sumy ubezpieczenia z tytułu Świadczeń medycznych dla danej Usługi medycznej. Decyzję o formie realizacji Świadczeń medycznych przekazujesz do Centrum Świadczeń medycznych. Możesz w każdym czasie dokonać zmiany formy realizacji Świadczeń medycznych.
2. Jeżeli realizujesz Świadczenia medyczne w formie bezgotówkowej (**świadczenia rzeczowe**) i umówisz wykonanie Usługi medycznej za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych oraz zrealizujesz ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta Medycznego nie ponosisz żadnych dodatkowych kosztów z tego tytułu.
3. Jeżeli zrezygnujesz z bezgotówkowej realizacji Usług medycznych i wybierzesz realizację w formie **świadczenia pieniężnego** możesz uzyskać świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym przez Ciebie kosztom wykonania Usługi medycznej, wskazanej w Katalogu Świadczeń medycznych, do wysokości limitu kwotowego określonego dla każdej Usługi medycznej, z zastrzeżeniem że jeśli świadczenie pieniężne realizowane jest po uprzedniej autoryzacji przez Konsultanta medycznego, nie obowiązuje limit kwotowy (tzn. nastąpi zapłata w wysokości 100% poniesionego przez Ciebie kosztu).

Art. 7 Jak przebiega realizacja Świadczeń medycznych w formie świadczenia pieniężnego w tym świadczeń z tytułu Pierwszej pomocy.

1. Abyśmy mogli zrealizować Świadczenia medyczne w formie świadczenia pieniężnego w tym świadczenia z tytułu Pierwszej pomocy, prześlij do Centrum Świadczeń medycznych:
   a) oryginał lub czytelną kopię faktury/rachunku wystawionych w związku z wykonaniem Świadczenia medycznego w tym wykonania usług z tytułu Pierwszej pomocy,
   b) wypełniony dokument „Wniosek o wypłatę świadczenia" sporządzony na formularzu dostępnym na stronie www.tuzdrowie.pl,

c) dokument medyczny potwierdzający zajście w okresie ochrony Zdarzenia Ubezpieczeniowego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem

lub

przekaż w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Panelu Ubezpieczonego, aplikacji znajdującej się na stronie www.tuzdrowie.pl.

2. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych może wystąpić do Ciebie z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów medycznych, które potwierdzą uzasadnioną medycznie konieczność i bezpieczeństwo przeprowadzenia Usług medycznych, w tym usług z tytułu Pierwszej pomocy wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia lub o poddanie się badaniu lekarskiemu, wykonanemu przez wskazanego przez Centrum Świadczeń medycznych specjalistę w danej dziedzinie medycznej. Koszty takiego badania lekarskiego ponosi Centrum Świadczeń medycznych.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Centrum Świadczeń medycznych jest zobowiązane do wydania decyzji w ciągu 2 dni roboczych od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów lub przeprowadzenia badania lekarskiego.
4. Przyznane Świadczenie medyczne w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ograniczonej do limitu kwotowego określonego dla Świadczenia medycznego zostanie przesłane na rachunek bankowy wskazany przez Ciebie i podany w dokumencie „Wniosek o wypłatę świadczenia". Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych, zrealizowanych w formie świadczenia pieniężnego, wypłaconych z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych mających miejsce w okresie ochrony, nie może przekroczyć 150 000 zł.
5. Decyzja o odmowie lub zmniejszeniu wysokości świadczenia wraz z uzasadnieniem oraz o przyznaniu świadczenia, o którym mowa w ust. 4 zostanie Tobie doręczona lub przekazana na piśmie listem poleconym, na Twój adres korespondencyjny lub na podany we wniosku adres e-mail, w ciągu 4 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia i wymaganej dodatkowej dokumentacji.

Art. 8 Realizacja Świadczeń medycznych w formie bezgotówkowej

1. W celu realizacji Świadczenia medycznego w formie bezgotówkowej polegającej na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń medycznych powinieneś:
   a) skontaktować się z Infolinią medyczną;
   b) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego;
   c) przedstawić w Placówce medycznej ważny dokument, jednoznacznie określający Twoją tożsamość;
   d) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Lekarza Placówki medycznej;
   e) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać na Infolinii medycznej z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
2. Podczas kontaktu z Infolinią medyczną powinieneś przekazać Konsultantowi medycznemu następujące informacje:
   a) Twoje imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL;
   b) Twój numer telefonu kontaktowego;
   c) rodzaj koniecznej pomocy;
   d) datę wystawienia skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania Lekarza;
   e) inne informacje, wskazane przez Konsultanta medycznego, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Organizacja Świadczenia medycznego potwierdzana jest informacją SMS wysyłaną na Twój numer telefonu lub/i adres e-mail podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.

Art. 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Złamanie Kości, Zwichnięcie stawu, Skręcenie, Poważne oparzenie, Odmrożenie, Rana wymagająca zaopatrzenia chirurgicznego, Utrata Kończyny:
   1) było zdiagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli skorzystałeś z usługi medycznej związanej z tym Zdarzeniem Ubezpieczeniowym (Złamania Kości, Zwichnięcia stawu, Skręcenia, Poważne oparzenia, Odmrożenia, Rany wymagającej zaopatrzenia chirurgicznego, Utraty Kończyny) przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
   2) jest następstwem pozostawania przez Ciebie w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

3) zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie prowadzenia przez Ciebie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie byłeś do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa;
4) jest następstwem Rekreacyjnego, Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ciebie następujących sportów i aktywności: boks, kickboxing, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), MMA, nurkowanie na głębokości przekraczającej 40 m, skoki do wody w akwenach innych niż basen, speleologia, sporty motorowe, sporty motorowodne, tajski boks, wspinaczka skałkowa, miejska (Urban climbing), lodowa, wspinaczka wysokogórska powyżej 4000 m n.p.m.;
5) jest następstwem Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ciebie następujących sportów: piłka koszykowa, piłka nożna, piłka ręczna, piłka siatkowa, rugby. Niniejsze wyłączenie w zakresie Wyczynowego uprawiania wymienionych sportów, nie dotyczy dzieci poniżej 18 roku życia;
6) jest następstwem popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ciebie;
7) powstało w wyniku próby popełnienia przez Ciebie samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
8) jest następstwem działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach;

2. Dodatkowo Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za:
   a) Świadczenia medyczne wykonane bez uzgodnienia z Konsultantem medycznym, z wyłączeniem świadczeń pieniężnych z tytułu Pierwszej pomocy;
   b) kolejne skręcenie tego samego stawu, dotyczące tej samej części ciała, w tym samym roku polisowym.

Art. 10 Jak ustalimy wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Wysokość Składki z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych Aneksem ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek.
2. Wysokość składki jest stała w całym okresie ubezpieczenia i jest opłacana razem ze Składką za Umowę przez Właściciela polisy.

Art. 11 Na jaki okres zawieramy Aneks? Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Aneksu następuje:
   a) na wniosek Właściciela polisy jeśli jest on jednocześnie Ubezpieczonym albo na wniosek Właściciela polisy i Ubezpieczonego w innym przypadku,
   b) jednocześnie z zawarciem Umowy dodatkowej lub po jej zawarciu i w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej.
2. Warunkiem zawarcia Aneksu jest akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku Właściciela polisy o zawarcie Umowy dodatkowej lub zawarcie tej umowy na warunkach standardowych, czyli bez zmian wynikających z indywidualnych uzgodnień z Właścicielem polisy oraz akceptacja przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Aneksu, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
3. Zawarcie Aneksu nie jest możliwe w przypadku, gdy złożyłeś wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Aneks zawierany razem z Umową dodatkową, jest zawierany :
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Aneksu, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
5. Aneks zawieramy na okres krótszy niż 5 lat, jednak nie krótszy niż 1 rok i jeden miesiąc, o ile Aneks jest zawierany w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej, przy czym:
   a) Aneks zawierany w trakcie obowiązywania umowy dodatkowej Na wypadek uszkodzenia ciała oznaczonej kodem AI12, BI12, AB12 lub na wypadek uszkodzenia ciała dziecka oznaczonej kodem AC12, zawieramy maksymalnie do najbliższej 5. Rocznicy tych umów,
   b) Aneks zawierany w trakcie obowiązywania umowy dodatkowej na wypadek uszkodzenia ciała oznaczonej kodem AB14, zawieramy maksymalnie do końca trwania umowy, o ile czas do końca trwania umowy jest krótszy niż 5 lat.
6. Aneks jest kontynuowany maksymalnie do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat.
7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Aneksu wygasa w następujących przypadkach:
   a) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy,
   b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
   c) wyczerpania limitu Świadczeń medycznych.

Art. 12 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Aneksie stosuje się postanowienia Warunków. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Aneksie mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach.

Art. 13 Wejście w życie Aneksu

Aneks zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 78/2023 z dnia 31 lipca 2023 r., wchodzą w życie z dniem 6 sierpnia 2023 r.

Edyta Fundowicz
Członkini Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych

do Aneksu do ogólnych warunków Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda Plus.
Maksymalna wysokość wszystkich Świadczeń medycznych zrealizowanych w formie wypłaty świadczenia pieniężnego w okresie ochrony nie może przekroczyć 150 000 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska			
badanie moczu metodą paskową		0,006%	9,00 zł
dożylny wlew kroplowy		0,035%	52,00 zł
iniekcja domięśniowa		0,015%	22,00 zł
iniekcja dożylna		0,025%	37,00 zł
iniekcja podskórna (z wyłączeniem odczulania)		0,015%	22,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)		0,035%	52,00 zł
pobranie materiału do badania		0,005%	7,00 zł
pomiar ciśnienia tętniczego		0,010%	15,00 zł
pomiar wzrostu i wagi ciała		0,002%	3,00 zł
próba uczuleniowa na lek		0,015%	22,00 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku		0,015%	22,00 zł
zdejmowanie szwów		0,015%	22,00 zł
Opieka specjalistyczna – nielimitowane konsultacje lekarskie			
Internista / lekarz rodzinny / pediatra		0,067%	100,00 zł
Chirurg ogólny konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Laryngolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Neurolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Okulista konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Urolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Dermatolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Kardiolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
Ortopeda konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Torakochirurg konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Anestezjolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Neurochirurg konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Pulmonolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Reumatolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Ortopeda/traumatolog konsultacja lekarska		0,080%	120,00 zł
Lekarz psychiatra – limit 4 konsultacji na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe		0,080%	120,00 zł
Opieka pozostałych specjalistów			
Fizjoterapeuta (mgr fizjoterapii)		0,067%	100,00 zł
Psycholog (mgr psychologii) – limit 4 konsultacji na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe		0,067%	100,00 zł
Opieka specjalistyczna – nielimitowane zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów			
iniekcja dostawowa		0,027%	40,00 zł
leczenie owrzodzeń skórnych		0,040%	60,00 zł
leczenie zastrzału powierzchniowego		0,040%	60,00 zł
nacinanie i drenaż czyraka		0,040%	60,00 zł
nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka		0,053%	80,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		0,027%	40,00 zł
punkcja stawów		0,023%	35,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		0,033%	50,00 zł
usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		0,030%	45,00 zł
wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		0,107%	160,00 zł
wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		0,160%	240,00 zł
zakładanie szwów		0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
założenie sączka		0,020%	30,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego		0,053%	80,00 zł
założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		0,033%	50,00 zł
zdejmowanie szwów		0,030%	45,00 zł
zmiana opatrunku		0,030%	45,00 zł
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		0,020%	30,00 zł
znieczulenie miejscowe do zabiegu		0,030%	45,00 zł
Laryngologia (Otolaryngologia)			
koagulacja naczyń przegrody nosa		0,050%	75,00 zł
donosowe podanie leku obkurczającego		0,010%	15,00 zł
odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		0,030%	45,00 zł
opatrunek uszny z lekiem		0,030%	45,00 zł
pędzlowanie gardła, jamy ustnej		0,030%	45,00 zł
płukanie uszu		0,030%	45,00 zł
postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		0,075%	112,00 zł
przedmuchiwanie trąbki słuchowej		0,075%	112,00 zł
usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		0,035%	52,00 zł
punkcja zatok		0,020%	30,00 zł
założenie i usunięcie przedniej tamponady		0,120%	180,00 zł
zdejmowanie szwów		0,030%	45,00 zł
Okulistyka			
badanie dna oka		0,005%	7,00 zł
badanie lampą szczelinową		0,005%	7,00 zł
badanie ostrości widzenia		0,005%	7,00 zł
badanie widzenia przestrzennego	jeśli poza konsultacją lekarską	0,035%	52,00 zł
badanie pola widzenia (perymetria)		0,023%	35,00 zł
Gonioskopia	jeśli poza konsultacją lekarską	0,035%	52,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
iniekcja podspojówkowa		0,013%	20,00 zł
komputerowe badanie wzroku	jeśli poza konsultacją lekarską	0,005%	7,00 zł
płukanie dróg łzowych	jeśli poza konsultacją lekarską	0,020%	30,00 zł
podanie leku do worka spojówkowego	jeśli poza konsultacją lekarską	0,020%	30,00 zł
pomiar ciśnienia śródgałkowego		0,005%	7,00 zł
Skiaskopia		0,023%	35,00 zł
usunięcie ciała obcego z oka		0,030%	45,00 zł
Urologia			
zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		0,030%	45,00 zł
Ortopedia			
blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		0,040%	60,00 zł
iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		0,040%	60,00 zł
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		0,040%	60,00 zł
założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		0,080%	120,00 zł
zmiana opatrunku		0,030%	45,00 zł
punkcja (zmiany urazowe)		0,035%	52,00 zł
punkcja (zmiany zapalne)		0,035%	52,00 zł
unieruchomienie kończyn i stawów		0,050%	75,00 zł
unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		0,040%	60,00 zł
założenie opaski elastycznej i temblaka		0,030%	45,00 zł
założenie i usunięcie szyny Kramera		0,030%	45,00 zł
założenie i usunięcie szyny Zimmera		0,030%	45,00 zł
założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)		0,030%	45,00 zł
znieczulenie miejscowe do zabiegu		0,030%	45,00 zł
zmiana opatrunku		0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
Badania laboratoryjne			
Badania biochemiczne			
Albumina		0,006%	9,00 zł
alfa – 1 – antytrypsyna		0,045%	67,00 zł
Aminokwasy		0,030%	45,00 zł
aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		0,006%	9,00 zł
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		0,006%	9,00 zł
Amylaza		0,006%	9,00 zł
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		0,006%	9,00 zł
Apolipoproteina	apo A1	0,050%	75,00 zł
Apolipoproteina	apo B	0,050%	75,00 zł
białko C – reaktywne (CRP)		0,006%	9,00 zł
białko całkowite		0,006%	9,00 zł
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		0,025%	37,00 zł
bilirubina bezpośrednia		0,006%	9,00 zł
bilirubina całkowita		0,006%	9,00 zł
bilirubina pośrednia		0,006%	9,00 zł
Ceruloplazmina		0,025%	37,00 zł
Chlorki		0,006%	9,00 zł
Cholesterol		0,006%	9,00 zł
cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	0,006%	9,00 zł
cholesterol HDL	wyliczony	0,006%	9,00 zł
cholesterol LDL		0,006%	9,00 zł
Cholinesteraza	krwinkowa	0,030%	45,00 zł
Cholinesteraza	wątrobowa	0,030%	45,00 zł
cyjanokobalamina (witamina B12)		0,020%	30,00 zł
cynk (Zn)		0,020%	30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
cystyna/homocystyna		0,035%	52,00 zł
czynnik reumatoidalny (RF) – ilościowo		0,010%	15,00 zł
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		0,010%	15,00 zł
Digoksyna		0,014%	21,00 zł
Ferrytyna		0,020%	30,00 zł
fosfataza alkaliczna (ALP)		0,010%	15,00 zł
fosfataza kwaśna całkowita (ACP)		0,010%	15,00 zł
fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)		0,010%	15,00 zł
fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		0,006%	9,00 zł
Fosfor		0,006%	9,00 zł
fosforan nieorganiczny		0,004%	6,00 zł
GGTP- gamma glutamylotransferaza		0,010%	15,00 zł
Homocysteina		0,035%	52,00 zł
jonogram (Na, K)		0,005%	7,00 zł
kinaza fosfokreatynowa (CPK)		0,006%	9,00 zł
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		0,010%	15,00 zł
klirens endogennej kreatyniny		0,010%	15,00 zł
Kreatynina		0,006%	9,00 zł
kwas foliowy		0,020%	30,00 zł
kwas homowanilinowy (HVA)		0,035%	52,00 zł
kwas moczowy		0,006%	9,00 zł
kwas walproinowy		0,028%	42,00 zł
kwasy żółciowe		0,050%	75,00 zł
Lipaza		0,012%	18,00 zł
Lipidogram		0,024%	36,00 zł
Magnez		0,006%	9,00 zł
Methemoglobina		0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
Mioglobina		0,028%	42,00 zł
mocznik, azot mocznikowy(pozabiałkowy), BUN		0,006%	9,00 zł
odczyn Waaler-Rose'go		0,010%	15,00 zł
ołów (Pb)		0,055%	82,00 zł
peptyd natriuretyczny (BNP)		0,035%	52,00 zł
peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		0,035%	52,00 zł
potas (K)		0,006%	9,00 zł
próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		0,032%	48,00 zł
Seromukoid		0,012%	18,00 zł
sód (Na)		0,006%	9,00 zł
Transferryna		0,010%	15,00 zł
triglicerydyt (trójglicerydy)		0,006%	9,00 zł
troponina ilościowo		0,015%	22,00 zł
troponiny I/T		0,015%	22,00 zł
tyreoglobulina (TG)		0,030%	45,00 zł
tyrozyna		0,035%	52,00 zł
USR (VDRL)		0,010%	15,00 zł
wapń całkowity		0,006%	9,00 zł
witamina D – metabolit 1,25(OH)		0,070%	105,00 zł
witamina D – metabolit 25(OH)		0,070%	105,00 zł
żelazo	na czczo	0,006%	9,00 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		0,010%	15,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	30 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	60 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	90 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	120 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	180 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
żelazo – krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł
żelazo – krzywa wchłaniania	300 min po obciążeniu	0,018%	27,00 zł
Badania hematologiczne			
antytrombina III (AT III)		0,045%	67,00 zł
bezpośredni odczyn Coombsa (BOC) / pośredni test antyglobulinowy (BTA)		0,020%	30,00 zł
białko C		0,045%	67,00 zł
białko S wolne		0,045%	67,00 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)		0,009%	13,00 zł
czas krwawienia		0,009%	13,00 zł
czas krzepnięcia		0,009%	13,00 zł
czas protrombinowy (PT) (INR)		0,045%	67,00 zł
czas trombinowy (TT)		0,009%	13,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	II – protrombina,	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	IX – czynnik antyhemofilowy B	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	V – proakceleryna	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VII – prokonwertyna	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	X – czynnik Stuarta – Prowera	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XI – czynnik antyhemofilowy C	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XII – czynnik Hagemana	0,045%	67,00 zł
czynniki układu krzepnięcia	XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	0,045%	67,00 zł
D-dimery		0,035%	52,00 zł
eozynofilia bezwzględna		0,006%	9,00 zł
Fibrynogen		0,010%	15,00 zł
Haptoglobulina		0,030%	45,00 zł
hemoglobina wolna		0,006%	9,00 zł
Hemolizyny		0,020%	30,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
inhibitor składnika C1 dopełniacza		0,045%	67,00 zł
inhibitory krzepnięcia		0,035%	52,00 zł
komórki LE		0,017%	25,00 zł
Leukocyty		0,006%	9,00 zł
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu		0,009%	13,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem automatycznym (pełnym różnicowaniem granulocytów)		0,012%	18,00 zł
morfologia krwi obwodowej z rozmazem ręcznym (pełnym różnicowaniem granulocytów)		0,012%	18,00 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)		0,006%	9,00 zł
osmolarność krwi		0,025%	37,00 zł
oznaczenie grupy krwi układu AB0 i Rh		0,030%	45,00 zł
Plazminogen		0,010%	15,00 zł
płytki krwi		0,006%	9,00 zł
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		0,020%	30,00 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		0,035%	52,00 zł
Retikulocyty		0,006%	9,00 zł
Badania moczu			
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS) w moczu		0,030%	45,00 zł
albuminy w moczu		0,006%	9,00 zł
amylaza w moczu		0,006%	9,00 zł
badanie ogólne moczu		0,006%	9,00 zł
badanie ogólne moczu plus osad		0,006%	9,00 zł
białko Bence'a-Jonesa w moczu		0,050%	75,00 zł
bilirubina w moczu		0,006%	9,00 zł
chlorki w moczu		0,006%	9,00 zł
ciała ketonowe w moczu		0,006%	9,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM)		0,003%	4,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
dobowa zbiórka moczu (DZM) – aldosteron		0,040%	60,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko		0,006%	9,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – chlorki		0,006%	9,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol		0,006%	9,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		0,030%	45,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – kwas hipurowy		0,030%	45,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – magnez		0,006%	9,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas		0,006%	9,00 zł
dobowa zbiórka moczu (DZM) – szczawiany		0,040%	60,00 zł
fosforan nieorganiczny w moczu		0,006%	9,00 zł
glukoza/cukier w moczu		0,003%	4,00 zł
hemoglobina wolna w moczu		0,015%	22,00 zł
Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		0,080%	120,00 zł
kadm w moczu		0,080%	120,00 zł
katecholaminy w moczu		0,030%	45,00 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		0,020%	30,00 zł
koproporfiryny w moczu		0,040%	60,00 zł
kortyzol w moczu		0,030%	45,00 zł
kreatynina w moczu		0,006%	9,00 zł
kwas delta-aminolewulinowy w moczu		0,050%	75,00 zł
kwas moczowy w moczu		0,006%	9,00 zł
kwas wanilinomigdałowy w moczu		0,050%	75,00 zł
liczba Addisa w moczu		0,010%	15,00 zł
łańcuchy lekkie kappa w moczu		0,050%	75,00 zł
łańcuchy lekkie lambda w moczu		0,050%	75,00 zł
magnez w moczu		0,006%	9,00 zł
metoksykatecholaminy w moczu		0,050%	75,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
miedź w moczu		0,045%	67,00 zł
Mikroalbuminuria		0,006%	9,00 zł
mocznik w moczu		0,006%	9,00 zł
noradrenalina/adrenalina w moczu		0,030%	45,00 zł
ołów w dobowej zbiórce moczu		0,045%	67,00 zł
osmolarność moczu		0,010%	15,00 zł
potas w moczu		0,006%	9,00 zł
rtęć (Hg) w moczu		0,050%	75,00 zł
skład chemiczny kamienia nerkowego		0,050%	75,00 zł
sód w moczu		0,006%	9,00 zł
test ciążowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa – HCG)		0,015%	22,00 zł
wapń całkowity w moczu		0,006%	9,00 zł
Badania hormonalne			
17-hydroksykortykosteroidy (17 – OHCS)		0,026%	39,00 zł
Adrenalina		0,035%	52,00 zł
aktywność reninowa osocza (ARO)		0,035%	52,00 zł
Aldolaza		0,035%	52,00 zł
Aldosteron		0,035%	52,00 zł
Androstendion		0,035%	52,00 zł
Androsteron		0,035%	52,00 zł
białko transportujące insulinopodobne czynniki wzrostu (IGFBP-3)		0,040%	60,00 zł
Dezoksykortyzol		0,026%	39,00 zł
DHEA-S (dehydroepiandrosteronu siarczan)		0,030%	45,00 zł
Erytropoetyna		0,030%	45,00 zł
esteraza acetyloholinowa		0,020%	30,00 zł
estradiol (E2)		0,030%	45,00 zł
Estriol		0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
estriol wolny		0,030%	45,00 zł
fenyloalanina (PKU)		0,035%	52,00 zł
glikolyzowane białko		0,040%	60,00 zł
globulina wiążąca hormony płciowe (SHBG)		0,030%	45,00 zł
glutamylotransferaza		0,040%	60,00 zł
gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG)		0,015%	22,00 zł
hemoliza kwaśna		0,040%	60,00 zł
hormon adrenokortykotropowy (ACTH)		0,026%	39,00 zł
hormon anty-Mullerowski (AMH) – diagnostyka płodności		0,080%	120,00 zł
hormon folikulotropowy (FSH)		0,026%	39,00 zł
hormon luteinizujący (LH)		0,026%	39,00 zł
hormon tyreotropowy (TSH)		0,026%	39,00 zł
hormon wzrostu (GH)		0,026%	39,00 zł
Inhibina B		0,080%	120,00 zł
insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1)		0,040%	60,00 zł
Kalcytonina		0,022%	33,00 zł
Katecholaminy		0,026%	39,00 zł
Kortyzol	pobranie po południu	0,026%	39,00 zł
Kortyzol	pobranie rano	0,026%	39,00 zł
łańcuchy lekkie kappa i lambda		0,055%	82,00 zł
N-Acetyloglukozaminidaza		0,026%	39,00 zł
Osteokalcyna		0,030%	45,00 zł
PAPP-A (badanie przesiewowe)		0,150%	225,00 zł
parathormon intact (iPTH)		0,025%	37,00 zł
Progesteron		0,026%	39,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	120 min po obciążeniu	0,030%	45,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	30 min po obciążeniu	0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
prolaktyna – test z metoklopramidem	60 min po obciążeniu	0,030%	45,00 zł
prolaktyna – test z metoklopramidem	przed obciążeniem	0,030%	45,00 zł
prolaktyna (PRL)		0,026%	39,00 zł
receptory estrogenowe		0,035%	52,00 zł
receptory progesterenowe		0,035%	52,00 zł
Renina		0,028%	42,00 zł
Serotonina		0,028%	42,00 zł
testosteron całkowity		0,026%	39,00 zł
testosteron wolny		0,026%	39,00 zł
trijodotyronina całkowita (TT3)		0,018%	27,00 zł
trijodotyronina wolna (FT3)		0,018%	27,00 zł
tyroksyna całkowita (TT4)		0,018%	27,00 zł
tyroksyna wolna (FT4)		0,018%	27,00 zł
Badania mikrobiologiczne			
Antybiogram		0,020%	30,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	kał	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z cewki moczowej	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z gardła	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z jamy ustnej	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosa	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z odbytu	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z oskrzeli	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci nogi	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z paznokci ręki	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z rany	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z szyjki macicy	0,035%	52,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z ucha	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z worka spojówkowego	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze skóry	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał ze sromu	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	mocz	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	nasienie	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	plwocina	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	ropa	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	włosy	0,035%	52,00 zł
badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	worek spojówkowy	0,035%	52,00 zł
cytologia złuszczeniowa z nosa		0,030%	45,00 zł
posiew kału ogólny		0,028%	42,00 zł
posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella		0,028%	42,00 zł
posiew moczu		0,028%	42,00 zł
posiew nasienia		0,030%	45,00 zł
posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)		0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z cewki moczowej	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z cewki moczowej	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z gardła	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z gardła	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z jamy ustnej	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z jamy ustnej	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z krwi	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z krwi	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z migdałka	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z migdałka	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z nasienia		0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
posiew wymazu z nosa	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z nosa	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z nosogardła	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z nosogardła	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z oka	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z oka	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z plwociny	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z plwociny	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z rany	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z rany	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z ropy	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z ropy	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z ucha	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu z ucha	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu ze zmian skórnych	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew wymazu ze zmian skórnych	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew z pochwy	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
posiew z pochwy	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew tlenowy	0,028%	42,00 zł
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	0,028%	42,00 zł
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	0,028%	42,00 zł
Badania serologiczne			
aglutynacja cząstek		0,020%	30,00 zł
antygen Hbe		0,020%	30,00 zł
antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs – HBsAg)		0,020%	30,00 zł
antykoagulant toczniowy (LA)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)		0,055%	82,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. aTPO/antyTPO (przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb.nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczane met. Western Blot	0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczanie met. ELISA	0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczane met. Western Blot	0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczanie met. ELISA	0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgG		0,040%	60,00 zł
przeciwciała p. Brucella IgM		0,040%	60,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF		0,055%	82,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
przeciwciała p. dekarboksylazie kw. Glutaminowego (anty GAD)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. dsDNA met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgA – EmA IgA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium – IgG – EmA IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleoza, EBV) IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleoza, EBV) IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. HAV	frakcja IgM	0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. HAV	poziom całkowity	0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. HBc (całkowite)		0,028%	42,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
przeciwciała p. Hbe (anty-Hbe)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori IgA		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. heterofilne		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. HIV1/HIV2		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. jądrowe i p.cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. kardiolipinie w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. korze nadnerczy		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM		0,055%	82,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. nukleosomom (AnuA) (IMMUNOBLOT)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. receptorom acetylocholiny (AchR – Ab)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. receptorom TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Shigella		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. tyreoglobulinie		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		0,055%	82,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnątrzwydzielniczym trzust. I kom. Kubkowatym jelit met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała p. Yersinia IgA		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Yersinia IgG		0,028%	42,00 zł
przeciwciała p. Yersinia IgM		0,028%	42,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF		0,055%	82,00 zł
przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID		0,055%	82,00 zł
SLE – półilościowo		0,055%	82,00 zł
Diagnostyka cukrzycy			
glukoza	na czczo	0,006%	9,00 zł
glukoza	20 min po posiłku	0,006%	9,00 zł
glukoza	60 min po posiłku	0,006%	9,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 1 godzinie	0,020%	30,00 zł
glukoza z obciążeniem	50 g glukozy po 2 godzinach	0,020%	30,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 4 godzinach	0,020%	30,00 zł
glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 5 godzinach	0,020%	30,00 zł
hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB))		0,020%	30,00 zł
peptyd C		0,025%	37,00 zł
insulina		0,022%	33,00 zł
insulina po obciążeniu	na czczo	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu	po 120 min	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu	po 60 min.	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	0,050%	75,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	0,050%	75,00 zł
insulina po obciążeniu		0,050%	75,00 zł
Badania radiologiczne (RTG) – wymagane skierowanie			
RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych	0,040%	60,00 zł
RTG czaszki	celowane na kości skroniowej	0,040%	60,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Rhesego	0,040%	60,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Schullera (uszu)	0,040%	60,00 zł
RTG czaszki	celowane wg. Stenversa (uszu)	0,040%	60,00 zł
RTG czaszki	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG czaszki	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG czaszki	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG klatki piersiowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG klatki piersiowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG mostka	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG mostka	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG oczodołów		0,040%	60,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na leżąco	0,040%	60,00 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	na stojąco	0,040%	60,00 zł
RTG żeber	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG żeber	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG celowane siodełka tureckiego		0,040%	60,00 zł
RTG ręki (dłoni)	porównawcze obu rąk (dłoni)	0,040%	60,00 zł
RTG ręki (dłoni)	1 projekcja	0,030%	45,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RTG) ręki (dłoni)	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG ręki (dłoni)	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG klatki piersiowej z barytem	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kolan	porównawcze obu kolan	0,040%	60,00 zł
RTG kolan	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kolan	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kolan	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG kości krzyżowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości krzyżowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kości nosowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości nosowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kości ogonowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości ogonowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kości piętowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości piętowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kości piętowej	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG kości piętowej	porównawcze obu pięt	0,040%	60,00 zł
RTG kości podudzia	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości podudzia	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kości podudzia	porównawcze obu kończyn	0,040%	60,00 zł
RTG kości ramieniowej	porównawcze obu kości	0,040%	60,00 zł
RTG kości ramieniowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości ramieniowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kości udowej	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kości udowej	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	czynnościowe	0,040%	60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RTG kręgosłupa lędźwiowego	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowego	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa piersiowego	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	czynnościowe	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	czynnościowe	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco 1 projekcja (skolioza)	0,030%	45,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco 2 projekcje (skolioza)	0,040%	60,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja 3 projekcje (skolioza)	0,050%	75,00 zł
RTG kręgosłupa szyjnego celowane na ząb obrotnika		0,040%	60,00 zł
RTG łopatki	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG łopatki	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG łuków jarzmowych		0,040%	60,00 zł
RTG miednicy		0,040%	60,00 zł
RTG miednicy małej		0,040%	60,00 zł
RTG nadgarstka	porównawcze obu nadgarstków	0,040%	60,00 zł
RTG nadgarstka	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG nadgarstka	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG nadgarstka	3 projekcje	0,050%	75,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RTG nosa		0,040%	60,00 zł
RTG nosogardła (trzeci migdał)		0,040%	60,00 zł
RTG obojczyka	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG obojczyka	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG palców ręki	porównawcze palców obu rąk	0,040%	60,00 zł
RTG palców ręki	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG palców ręki	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG palców ręki	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG palców stopy	porównawcze palców obu stóp	0,040%	60,00 zł
RTG palców stopy	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG palców stopy	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG palców stopy	3 projekcje	0,050%	75,00 zł
RTG podstawy czaszki		0,040%	60,00 zł
RTG podżebrza		0,040%	60,00 zł
RTG potylicy		0,040%	60,00 zł
RTG przedramienia	porównawcze obu kości	0,040%	60,00 zł
RTG przedramienia	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG przedramienia	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG stawów biodrowych	dzieci	0,040%	60,00 zł
RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów – dorośli	0,040%	60,00 zł
RTG stawów biodrowych	1 projekcja – dorośli	0,030%	45,00 zł
RTG stawów biodrowych	2 projekcje – dorośli	0,040%	60,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG stawów krzyżowo/biodrowych	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów	0,040%	60,00 zł
RTG stawów skokowych	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG stawów skokowych	2 projekcje	0,040%	60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RTG barku	porównawcze obu barków	0,040%	60,00 zł
RTG barku	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG barku	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG stawów łokciowych	porównawcze obu stawów	0,040%	60,00 zł
RTG stawów łokciowych	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG stawów łokciowych	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG stawów mostkowo-obojczykowych	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG stawów mostkowo-obojczykowych	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG stóp	porównawcze obu stóp	0,040%	60,00 zł
RTG stóp	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG stóp	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG stóp	3 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG ścięgna Achillesa		0,040%	60,00 zł
RTG ślinianki		0,040%	60,00 zł
RTG śródpiersia		0,040%	60,00 zł
RTG twarzoczaszki		0,040%	60,00 zł
RTG uszu		0,040%	60,00 zł
RTG zatok przynosowych		0,040%	60,00 zł
RTG żuchwy	1 projekcja	0,030%	45,00 zł
RTG żuchwy	2 projekcje	0,040%	60,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy)	0,040%	60,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż przełyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy)	0,040%	60,00 zł
RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	0,040%	60,00 zł
RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe	0,040%	60,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
Urografia		0,120%	180,00 zł
Densytometria	kości udowej	0,055%	82,00 zł
Densytometria	kręgosłup lędźwiowy	0,055%	82,00 zł
Densytometria	kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	0,055%	82,00 zł
Badania czynnościowe			
Narząd słuchu			
audiometria impedancyjna		0,030%	45,00 zł
audiometria tonalna		0,030%	45,00 zł
Układ krążenia			
EKG spoczynkowe bez opisu		0,020%	30,00 zł
EKG spoczynkowe z opisem		0,020%	30,00 zł
24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		0,065%	97,00 zł
24h rejestracja EKG (Holter)		0,080%	120,00 zł
echokardiografia (ECHO)		0,080%	120,00 zł
EKG wysiłkowe		0,080%	120,00 zł
Holter EKG „event”		0,080%	120,00 zł
Układ oddechowy			
Spirometria	standardowa bez leku	0,020%	30,00 zł
Spirometria	z podaniem leku rozkurczowego	0,030%	45,00 zł
Narząd wzroku			
badanie GDX		0,030%	45,00 zł
Układ nerwowy			
EEG – elektroencefalografia	w czuwaniu	0,060%	90,00 zł
EMG – elektromiografia	zespół cieśni nadgarstka	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	badanie ilościowe mięśnia	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	choroba neuronu ruchowego	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	nerw twarzowy	0,120%	180,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
EMG – elektromiografia	nieurazowe uszkodzenie nerwu	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	ocena czynności spoczynkowej mięśnia	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	polineuropatia / miopatia	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	pourazowe uszkodzenie nerwu	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	próba ischemiczna	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	próba miasteniczna	0,120%	180,00 zł
EMG – elektromiografia	uszkodzenie splotu	0,120%	180,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw czuciowy	0,080%	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)	0,080%	120,00 zł
ENG – elektroneurografia	nerw ruchowy (krótkie odcinki)	0,080%	120,00 zł
ENG – elektronystagmografia		0,080%	120,00 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)			
USG			
USG piersi		0,060%	90,00 zł
USG dołów podkolanowych		0,060%	90,00 zł
USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		0,060%	90,00 zł
USG jądra i najądrza		0,060%	90,00 zł
USG mięśni		0,060%	90,00 zł
USG nadgarstka		0,060%	90,00 zł
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		0,060%	90,00 zł
USG palca		0,060%	90,00 zł
USG pęcherz moczowy		0,060%	90,00 zł
USG ręki		0,060%	90,00 zł
USG bark		0,060%	90,00 zł
USG staw biodrowy		0,060%	90,00 zł
USG staw kolanowy		0,060%	90,00 zł
USG stawu łokciowego		0,060%	90,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
USG stawu skokowego		0,060%	90,00 zł
USG stopy		0,060%	90,00 zł
USG ścięgna Achillesa		0,060%	90,00 zł
USG tkanek miękkich		0,060%	90,00 zł
USG tkanki podskórnej		0,060%	90,00 zł
USG krtani		0,060%	90,00 zł
USG tętnic wewnątrzczaszkowych		0,060%	90,00 zł
USG więzadeł		0,060%	90,00 zł
USG nerwów obwodowych		0,060%	90,00 zł
USG Dopplerowskie			
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych obu kończyn dolnych		0,080%	120,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych obu kończyn górnych		0,080%	120,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych jednej kończyny dolnej		0,040%	60,00 zł
USG – Doppler naczyń żylnych i tętniczych jednej kończyny górnej		0,040%	60,00 zł
Badania tomografii komputerowej (CT, TK) – wymagane skierowanie			
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		0,230%	345,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK jama brzuszna bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK jama brzuszna z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK szyi bez kontrastu	tkanki miękkie	0,180%	270,00 zł
TK szyi z kontrastem	tkanki miękkie	0,230%	345,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia	0,180%	270,00 zł
TK kończyny dolne bez kontrastu	uda	0,180%	270,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia	0,230%	345,00 zł
TK kończyny dolne z kontrastem	uda	0,230%	345,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	nadgarstka	0,180%	270,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	przedramienia	0,180%	270,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ramienia	0,180%	270,00 zł
TK kończyny górne bez kontrastu	ręki (dłoni)	0,180%	270,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka	0,230%	345,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	przedramienia	0,230%	345,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ramienia	0,230%	345,00 zł
TK kończyny górne z kontrastem	ręki (dłoni)	0,230%	345,00 zł
TK krtani bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK krtani z kontrastem		0,230%	345,00 zł
TK miednicy mniejszej bez kontrastu	tkanki miękkie/kości	0,190%	285,00 zł
TK miednicy mniejszej z kontrastem	tkanki miękkie/kości	0,250%	375,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK nerek i nadnerczy bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK nerek i nadnerczy z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK oczodołów bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK oczodołów z kontrastem		0,230%	345,00 zł
TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK piramid kości skroniowych z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		0,180%	270,00 zł
TK przysadki mózgowej bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK przysadki mózgowej z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK stawów biodrowych bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stawów biodrowych z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		0,230%	345,00 zł
TK stawów skokowych bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stawów skokowych z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK barku bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK barku z kontrastem		0,250%	375,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
TK stawu kolanowego bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stawu kolanowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK stawu łokciowego bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stawu łokciowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK stopy bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK stopy z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK zatoki bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK zatoki z kontrastem		0,250%	375,00 zł
Optyczna koherentna tomografia oczu (OCT)		0,150%	225,00 zł
Optyczna koherentna tomografia oka (OCT)		0,100%	150,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żylne i zatoki mózgu	0,230%	345,00 zł
TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia tętnicze	0,230%	345,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		0,190%	285,00 zł
TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		0,250%	375,00 zł
TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i naczyń wieńcowych)		0,180%	270,00 zł
TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		0,230%	345,00 zł
TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorta) bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorta) z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK twarzoczaszki bez kontrastu		0,180%	270,00 zł
TK twarzoczaszki z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK angiografia naczyń obwodowych	kończyny dolnej	0,250%	375,00 zł
TK angiografia naczyń obwodowych	kończyny górnej	0,250%	375,00 zł
TK angiografia	aorta brzuszna, pień trzewny i tętnice nerkowe	0,250%	375,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
TK angiografia	aorta piersiowa	0,250%	375,00 zł
TK angiografia	tętnic szyjnych	0,250%	375,00 zł
TK klatki piersiowej bez kontrastu z badaniem serca, aorty i naczyń wieńcowych		0,190%	285,00 zł
TK klatki piersiowej i mięśnia sercowego bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK klatki piersiowej z kontrastem z badaniem serca, aorty i naczyń wieńcowych		0,250%	375,00 zł
TK tętnic klatki piersiowej bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK tętnic klatki piersiowej z kontrastem		0,250%	375,00 zł
TK tętnic miednicy mniejszej bez kontrastu		0,190%	285,00 zł
TK tętnic miednicy mniejszej z kontrastem		0,250%	375,00 zł
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR) – wymagane skierowanie			
RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		0,350%	525,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		0,300%	450,00 zł
RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		0,350%	525,00 zł
RM kończyn dolnych bez kontrastu	cała kończyna	0,300%	450,00 zł
RM kończyn dolnych bez kontrastu	celowane podudzie	0,300%	450,00 zł
RM kończyn dolnych bez kontrastu	celowane stopa	0,300%	450,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RM kończyn dolnych bez kontrastu	celowane udo	0,300%	450,00 zł
RM kończyn dolnych z kontrastem	cała kończyna	0,350%	525,00 zł
RM kończyn dolnych z kontrastem	celowane podudzie	0,350%	525,00 zł
RM kończyn dolnych z kontrastem	celowane stopa	0,350%	525,00 zł
RM kończyn dolnych z kontrastem	celowane udo	0,350%	525,00 zł
RM kończyn górnych bez kontrastu	cała kończyna	0,300%	450,00 zł
RM kończyn górnych bez kontrastu	celowane przedramię	0,300%	450,00 zł
RM kończyn górnych bez kontrastu	celowane ramię	0,300%	450,00 zł
RM kończyn górnych bez kontrastu	celowane ręka	0,300%	450,00 zł
RM kończyn górnych z kontrastem	cała kończyna	0,350%	525,00 zł
RM kończyn górnych z kontrastem	celowane przedramię	0,350%	525,00 zł
RM kończyn górnych z kontrastem	celowane ramię	0,350%	525,00 zł
RM kończyn górnych z kontrastem	celowane ręka	0,350%	525,00 zł
RM miednicy mniejszej bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM miednicy mniejszej z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM oczodołów bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM oczodołów z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM przysadki mózgowej z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM stawów biodrowych bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM stawów biodrowych z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM stawów kolanowych bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM stawów kolanowych z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM stawów skokowych bez kontrastu		0,300%	450,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RM stawów skokowych z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM barku bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM barku z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM stawu łokciowego bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM stawu łokciowego z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM śródpiersia bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM śródpiersia z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM twarzoczaszka bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM twarzoczaszka z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM zatok bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM zatok z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		0,300%	450,00 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		0,350%	525,00 zł
RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM angio i badania serca)		0,300%	450,00 zł
RM klatki piersiowej z kontrastem (bez RM angio i badania serca)		0,400%	600,00 zł
RM szyi bez kontrastu	tkanki miękkie	0,300%	450,00 zł
RM szyi z kontrastem	tkanki miękkie	0,350%	525,00 zł
RM artrografia nadgarstka		0,400%	600,00 zł
RM artrografia barku		0,400%	600,00 zł
RM artrografia stawu kolanowego		0,400%	600,00 zł
RM artrografia stawu łokciowego		0,400%	600,00 zł
RM artrografia stawu skokowego		0,400%	600,00 zł

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
RM angiografia tętnic nerkowych		0,400%	600,00 zł
RM cholangiografia		0,400%	600,00 zł
RM jama brzuszna z cholangiografią		0,400%	600,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	angiografia naczyń klatki piersiowej	0,400%	600,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej	0,400%	600,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i żywotności	0,400%	600,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności	0,400%	600,00 zł
RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną przepływu krwi	0,400%	600,00 zł
RM głowy + angiografia		0,350%	525,00 zł
RM urografia		0,400%	600,00 zł
Rehabilitacja ambulatoryjna – 20 zabiegów na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe			
Sesja rehabilitacyjna – indywidualnie dobrane zabiegi rehabilitacji / fizjoterapii	30 min / zabieg	0,033%	50,00 zł
Pierwsza pomoc (dotyczy świadczeń pieniężnych do limitu kwotowego) wyłącznie w ramach pierwszej wizyty dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego			
Konsultacja lekarza specjalisty w tym lekarza pomocy doraźnej	Zgodnie z limitem i zakresem powyżej		Zgodnie z limitem i zakresem powyżej
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska	Zgodnie z limitem i zakresem powyżej		Zgodnie z limitem i zakresem powyżej
zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów	Zgodnie z limitem i zakresem powyżej		Zgodnie z limitem i zakresem powyżej

Nazwa usługi	Opis szczegółowy	% SU	GGO(w zł)
Badania laboratoryjne	Zgodnie z limitem i zakresem powyżej		Zgodnie z limitem i zakresem powyżej
Badania radiologiczne (RTG)	Zgodnie z limitem i zakresem powyżej		Zgodnie z limitem i zakresem powyżej
Badania ultrasonograficzne (USG)	Zgodnie z limitem i zakresem powyżej		Zgodnie z limitem i zakresem powyżej

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku

OWU/PD12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/PD12/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 3, Art. 10 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku

nr OWU/PD12/1/2025

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem PD12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku nr OWU/PD12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Dziecko**" – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1 rok życia, a nie ukończył 18. roku życia.
2. „**Trwałe inwalidztwo całkowite**" – uszkodzenie ciała doznane przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało całkowitą, bezterminową i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej. Trwałe inwalidztwo całkowite Dziecka wiąże się z koniecznością zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku.
3. „**Trwałe inwalidztwo częściowe**" – fizyczna utrata części ciała albo całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała albo uszkodzenie ciała doznane przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, określone w Tabeli inwalidztwa częściowego.
4. „**Trwałe inwalidztwo**" – Trwałe inwalidztwo całkowite lub Trwałe inwalidztwo częściowe.
5. „**Nieszczęśliwy wypadek**" – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
6. „**Suma ubezpieczenia**" – kwota, która stanowi podstawę do obliczenia Świadczenia wypłacanego w przypadku zajścia Trwałego inwalidztwa.
7. „**Postępowanie terapeutyczne**" – postępowanie mające na celu przywrócenie zaburzonych na skutek Nieszczęśliwego wypadku funkcji poszczególnych organów.
8. „**Choroba**" – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
9. „**Choroba psychiczna**" – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
10. „**Umowa dodatkowa**" – Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku.
11. „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**" – Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, które nastąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczenie obejmuje Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, które nastąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat.
3. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa całkowitego,

b) z dniem wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa.
Limit 200% Sumy ubezpieczenia dotyczy łącznej kwoty świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznej kwoty świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego wypłaconych w okresie, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta. Limit 200% odnosi się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Trwałego inwalidztwa.
c) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
e) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Ubezpieczonemu Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego lub wypłatą 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Ubezpieczonemu Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego lub wypłatą 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa.
3. Przedłużenie Umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą zajścia Trwałego inwalidztwa. Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze także wtedy, gdy Trwałe inwalidztwo nastąpiło po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci:
   a) Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia Trwałego inwalidztwa całkowitego,
   b) odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Trwałego inwalidztwa częściowego, zgodnie z poniższą tabelą.
3. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony jednocześnie do Świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego i z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego, to Nationale-Nederlanden wypłaci tylko wyższą z tych kwot.
4. Jeśli Trwałe inwalidztwo nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej, podstawą do obliczenia Świadczenia jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w Tabeli inwalidztwa częściowego w obrębie tej samej kończyny, Nationale-Nederlanden wypłaci kwotę równą największej wartości Świadczenia należnego za jedną z utraconych części ciała.
6. Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki wymagalne na dzień zajścia Trwałego inwalidztwa lub na dzień poprzedzający dzień rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy dodatkowej.

Tabela inwalidztwa częściowego

Lp.	Zdarzenie	% Sumy ubezpieczenia
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a) rozległe, szpecące, ściągające blizny o długości co najmniej 5 cm	5%
	b) całkowite oskalpowanie – utrata skóry owłosionej	30%
2.	Uszkodzenie kości czaszki:	
	a) szczeliny złamań wgłobienia, fragmentacja	5%
	b) ubytki w kościach na całej jej grubości poniżej 10 cm kwadratowych	10%
	c) ubytki w kościach na całej jej grubości powyżej 10 cm kwadratowych	15%
3.	Padaczka pourazowa z napadami typu grandmal utrzymująca się pomimo leczenia:	
	a) z co najmniej 3 napadami w miesiącu	25%
	b) z co najmniej 1 lub 2 napadami w miesiącu	15%

Lp.	Zdarzenie	% Sumy ubezpieczenia
4.	Utrata mowy – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym. Ubezpieczeniem nie są objęte utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	100%
5.	Utrata nosa w całości – włącznie z kośćmi nosa	20%
6.	Utrata języka: a) całkowita b) częściowa, powodująca zaburzenia funkcji	 50% 10%
7.	Utrata małżowiny usznej: a) całkowita b) częściowa lub znaczne zniekształcenie c) całkowita utrata obu małżowin	 15% 5% 25%
8.	Utrata słuchu w obu uszach – całkowita, stała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	100%
9.	Utrata słuchu w jednym uchu – całkowita, stała i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	50%
10.	Ubytek słuchu powyżej 70 dB wg Rosera: a) w jednym uchu b) w obu uszach	 20% 50%
11.	Utrata wzroku w obu oczach – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	100%
12.	Utrata wzroku w jednym oku – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.	50%
13.	Uszkodzenie krtani z jej zwężeniem: a) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej b) z dusznością, chrypką, pozwalające na funkcjonowanie bez rurki tchawiczej	 40% 15%
14.	Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem powodujące duszność w trakcie wysiłku	15%
15.	Uszkodzenie przełyku: a) umożliwiające odżywianie jedynie płynami b) z całkowitą niedrożnością, wymagające stałej przetoki żołądkowej	 25% 70%
16.	Uszkodzenie mostka wskutek złamania z jego zniekształceniem	5%
17.	Całkowita utrata jednego płuca	30%
18.	Częściowa utrata płuca (obejmująca co najmniej jeden płat)	12%
19.	Uszkodzenie serca z przerwaniem ciągłości jego ściany	40%
20.	Uszkodzenie żołądka z koniecznością jego wycięcia: a) częściowego b) całkowitego	 10% 30%

Lp.	Zdarzenie	% Sumy ubezpieczenia
21.	Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego z koniecznością jego wycięcia: a) obejmującego mniej niż 50% długości b) obejmującego więcej niż 50% długości	 10% 30%
22.	Całkowite usunięcie śledziony	15%
23.	Uszkodzenie wątroby z koniecznością jej częściowego wycięcia	20%
24.	Całkowita utrata jednej nerki	30%
25.	Oparzenia II i III stopnia obejmujące: a) od 10% do 30% powierzchni ciała b) powyżej 30% powierzchni ciała	 15% 40%
26.	Staw rzekomy kości udowej	30%
27.	Staw rzekomy kości piszczelowej	20%
28.	Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
29.	Staw rzekomy kości ramieniowej	30%
30.	Staw rzekomy kości promieniowej	20%
31.	Staw rzekomy kości łokciowej	20%
32.	Złamania miednicy: a) z przerwaniem ciągłości obręczy, zniekształceniem i upośledzeniem chodu b) bez przerwania ciągłości obręczy, z zaburzeniami funkcji	25% 10%
33.	Złamanie kompresyjne kręgu – za każdy kręg kręgosłupa	4%
Fizyczna utrata części ciała albo całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała		
34.	Utrata nogi	70%
35.	Utrata podudzia	60%
36.	Utrata obu podudzi	100%
37.	Utrata stopy	50%
38.	Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
39.	Utrata dużego palca u stopy	10%
40.	Utrata palca (wszystkie paliczki) u stopy (z wyjątkiem dużego palca)	2%
41.	Utrata ramienia	75%
42.	Utrata przedramienia	70%
43.	Utrata dłoni	60%
44.	Utrata kciuka	16%
45.	Utrata jednego paliczka kciuka	10%
46.	Utrata palca wskazującego	10%

Lp.	Zdarzenie	% Sumy ubezpieczenia
47.	Utrata palca środkowego	8%
48.	Utrata palca serdecznego	6%
49.	Utrata palca małego	4%
50.	Utrata jednego paliczka palca ręki (wyłączając kciuk)	2%
51.	Utrata dwóch paliczków palca ręki (wyłączając kciuk)	3%
52.	Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk)	45%
53.	Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	30%

Art. 6 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
a) w celu określenia, czy Ubezpieczony doznał i pozostaje w stanie Trwałego inwalidztwa,
b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.
Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 Jak jest ustalana wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawniany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może zwrócić się z prośbą o informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego. Przekazanie tych informacji jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać poinformowane o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
   a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
   b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Trwałego inwalidztwa (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),

c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
d) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym),
e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia oraz jego wysokości – na wniosek Nationale-Nederlanden.

3. Wskazane jest, aby Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę Świadczenia po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.

Art. 10 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego inwalidztwa, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie:

a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
b) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW

OWU/TE12/1/2024

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz, na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW

nr OWU/TE12/1/2024 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW

nr OWU/TE12/1/2024

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie, przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie wypłacimy pieniądze, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Choroba** to zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
5. **Choroba psychiczna** to choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10 Rozdział V, ICD-11).
6. **Karta oceny pacjenta wg Skali Barthel** to dokument, który potwierdza przeprowadzenie oceny pacjenta zgodnie z Oceną świadczeniobiorcy wg skali Barthel, wskazaną w Załączniku nr 2 lub Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
7. **Niesamodzielność całkowita** to stan Twojego zdrowia, gdy zgodnie z oceną przeprowadzoną przez Lekarza i Pielęgniarkę, i potwierdzoną na Karcie oceny pacjenta wg Skali Barthel, uzyskałeś od 0 do 40 punktów włącznie oraz:
   - uzyskałeś skierowanie na pobyt w Zakładzie opiekuńczym lub do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową lub
   - stan ten trwa nieprzerwanie od 6 miesięcy, lub
   - zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje on poprawy, co zostanie potwierdzone w dokumentacji medycznej lub w razie wątpliwości, czy świadczenie jest należne, przez współpracującego z nami Lekarza orzecznika.
8. **Niesamodzielność częściowa** to stan Twojego zdrowia, gdy zgodnie z oceną przeprowadzoną przez Lekarza i potwierdzoną na Karcie oceny pacjenta wg Skali Barthel, uzyskałeś od 41 do 60 punktów włącznie oraz:
   - stan ten trwa nieprzerwanie od 6 miesięcy lub
   - zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje on poprawy, co zostanie potwierdzone w dokumentacji medycznej lub w razie wątpliwości, czy świadczenie jest należne, przez współpracującego z nami Lekarza orzecznika.
9. **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które:
   - jest niezależne od Twojej woli oraz
   - nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa dodatkowa, oraz
   - spowodowało obrażenie ciała, które jest przyczyną stwierdzenia u Ciebie Niesamodzielności całkowitej lub Niesamodzielności częściowej.

   Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
10. **Pielęgniarka** to osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych oraz osoba, która może wykonywać zawód pielęgniarki zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
11. **Skala Barthel** to międzynarodowe narzędzie ankietowe, które służy do oceny stopnia samodzielności pacjenta w przedziale od 0 do 100 punktów i które jest zgodne z Załącznikiem nr 2 lub Załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Skala Barthel odnosi się do 10 podstawowych czynności życiowych. Człowiek zdrowy te czynności powinien wykonywać sam, chory zaś potrzebuje przy ich realizacji częściowej lub całkowitej pomocy.

12. **Suma ubezpieczenia** to kwota wskazana w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie Ci wypłacić, jeżeli stwierdzona u Ciebie zostanie Niesamodzielność całkowita lub Niesamodzielność częściowa, których przyczyną jest Choroba lub NW. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli Limitów i Opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określa Właściciel polisy, gdy wypełnia wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej.
13. **Środek lokomocji** jest to:
    - zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
    - zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
    - samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
    - pasażerski statek wodny.
14. **Świadczenie** to pieniądze, które Ci wypłacimy w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
15. **Umowa dodatkowa** to Umowa dodatkowa – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
16. **Umowa podstawowa** to Umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie, do której dokupowana jest Umowa dodatkowa.
17. **Zakłady opiekuńcze** to zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
18. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Niesamodzielność całkowita lub Niesamodzielność częściowa, których przyczyną jest Choroba lub NW.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 45. rok życia i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe:
- Niesamodzielność całkowitą oraz
- Niesamodzielność częściową,

które zostały stwierdzone w czasie trwania Umowy dodatkowej i których przyczyną była Choroba lub NW.

Art. 4 Jak wyliczymy wysokość Świadczenia?

1. Jeśli w czasie trwania Umowy dodatkowej stwierdzona u Ciebie zostanie Niesamodzielność całkowita lub Niesamodzielność częściowa, których przyczyną jest Choroba lub NW, to wypłacimy Ci Świadczenie opisane poniżej:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie
Niesamodzielność całkowita	200% Sumy ubezpieczenia
Niesamodzielność częściowa	100% Sumy ubezpieczenia

2. Kwotę Świadczenia obliczymy w oparciu o Sumę ubezpieczenia, jaka będzie obowiązywała w dniu stwierdzenia u Ciebie Niesamodzielności całkowitej lub Niesamodzielności częściowej.
3. Dniem stwierdzenia u Ciebie Niesamodzielności całkowitej i Niesamodzielności częściowej, jest dzień podpisania przez Lekarza Karty oceny pacjenta wg Skali Barthel, o ile Niesamodzielność całkowita i Niesamodzielność częściowa są zgodne z definicjami zawartymi w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
4. Przysługuje Ci tylko jedno Świadczenie.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy wypłacili Ci Świadczenie?

1. Jeżeli Niesamodzielność całkowita lub Niesamodzielność częściowa, których przyczyną jest Choroba lub NW:
   a) wystąpiła u Ciebie w czasie trwania tej Umowy dodatkowej i
   b) spełnia warunki określone w Warunkach Umowy dodatkowej,

   poinformuj nas o tym. Złóż wniosek o wypłatę Świadczenia.

2. Do wypłaty Świadczenia będziemy od Ciebie potrzebowali też:
   a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi Twoją tożsamość. Jeśli wniosek został złożony w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden, możemy zweryfikować tożsamość na podstawie mobilnego dokumentu mDowód oraz
   b) Karty oceny pacjenta wg Skali Barthel, która potwierdzi przeprowadzenie oceny pacjenta zgodnie z Oceną świadczeniobiorcy wg skali Barthel, wskazaną w Załączniku nr 2 lub Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, oraz
   c) dokumentów, które potwierdzą zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, np. notatki urzędowej z policji – jeśli przyczyną Niesamodzielności całkowitej lub Niesamodzielności częściowej jest NW lub
   d) dokumentacji medycznej, która potwierdzi zdiagnozowanie Choroby – jeśli przyczyną Niesamodzielności całkowitej lub Niesamodzielności częściowej jest Choroba, oraz
   e) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdzi zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego:
      - skierowania do pobytu w Zakładzie opiekuńczym lub do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową,
      - karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      - dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
      - zaświadczeń lekarskich, oraz
   f) dodatkowych dokumentów, które są niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Poprosimy o nie, jeśli będą potrzebne.

Art. 6 Kiedy wypłacimy Ci Świadczenie?

1. Wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i zaakceptujemy Twój wniosek o wypłatę Świadczenia.
2. Świadczenie wypłacimy Ci w ciągu 30 dni po tym, jak dostaniemy wniosek o wypłatę. Jeśli nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Świadczenia w tym terminie, Świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni, od kiedy to ustalenie będzie możliwe. Jednak kwotę bezsporną wypłacimy zawsze w ciągu 30 dni, od kiedy otrzymamy od Ciebie wniosek o wypłatę.
3. Jeżeli na podstawie dokumentów, które nam dostarczysz, nie będziemy mogli ustalić, czy zdarzenie jest objęte ochroną, skierujemy Cię na konsultacje lub badania lekarskie. Badania i konsultacje odbędą się placówkach medycznych, które wyznaczymy. Będą one na nasz koszt.
4. Decyzję o tym, czy wypłacimy Tobie Świadczenie, podejmiemy na podstawie dokumentów, które nam dostarczysz i na podstawie wyników konsultacji i badań lekarskich.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Ci Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Choroba lub NW, które są przyczyną stwierdzenia Niesamodzielności całkowitej lub Niesamodzielności częściowej, zostały spowodowane lub są następstwem:
   a) popełnienia przez Ciebie lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
   b) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   c) pozostawania przez Ciebie:
      - w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   d) prowadzenia przez Ciebie Środka lokomocji, jeśli:
      - nie posiadałeś uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub
      - pojazd lub inny Środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Niesamodzielność całkowita lub Niesamodzielność częściowa jest następstwem:
   a) Choroby psychicznej, z wyjątkiem otępienia w chorobie Alzheimera,
   b) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu takiej jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
3. Jeśli dokupujesz Umowę dodatkową, to ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu rozpocznie się pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.
4. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić Ciebie o:
   a) informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które są związane ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza zawarcie tej Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
7. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy. W tym celu prześlemy mu Dokument ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

1. Umowę dodatkową można zawrzeć z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
2. Umowę dodatkową zawieramy:
   a) na 5 lat lub
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy podstawowej, następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, jeśli zaproponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, na których została zawarta.
3. Jeżeli Umowę dodatkową zawarliśmy na warunkach szczególnych, to przedłużymy ją z uwzględnieniem tych warunków.
4. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, zostało mniej niż 5 lat, przedłużymy tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.
5. Umowa dodatkowa nie przedłuży się, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:

a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
d) z dniem wypłaty Świadczenia,
e) z dniem rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek. Wysokość składki obliczamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, którą wybrał Właściciel polisy, Twojego wieku oraz należnych zniżek.

2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
   a) stan Twojego zdrowia,
   b) zawód, który wykonujesz,
   c) sporty i hobby, które uprawiasz,
   d) historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jak zmienić wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Sumę Ubezpieczenia możemy zmienić na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
2. Sumę Ubezpieczenia możemy obniżyć po 2 latach od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona w ramach tej Umowy dodatkowej. Zmianę taką możemy przeprowadzić w miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
3. Zmienimy Sumę ubezpieczenia pod warunkiem, że zachowana zostanie minimalna Składka ochronna oraz limity wskazane w Tabeli Limitów i Opłat.
4. Sumę Ubezpieczenia możemy podwyższyć w każdą miesięcznicę zawarcia Umowy podstawowej.
5. Przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia możemy poprosić Ciebie o:
   a) informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia, jaki jest Twój zawód, jakie uprawiasz sporty i hobby,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które są związane ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza podwyższenie Sumy ubezpieczenia,
   c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia oznacza zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową.
8. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obowiązywać od 1. dnia Miesiąca polisowego po tym, jak zaakceptujemy wniosek o zmianę. Stanie się tak, jeśli nie będzie zaległości w opłacaniu Składki i zostanie opłacona Składka w nowej wysokości.
9. Zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, których nie regulują Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej, stosujemy odpowiednie postanowienia z Warunków Umowy podstawowej.
2. W tym dokumencie znajdziesz słowa, które zapisaliśmy wielką literą, a których nie zdefiniowaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W takich przypadkach mają one znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 15 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 93/2024 z 25 września 2024 r. Obowiązują one od 7 października 2024 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy

OWU/TP12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy

nr OWU/TP12/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 5 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 10 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy

nr OWU/TP12/1/2025

Umowa dodatkowa oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem TP12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy nr OWU/TP12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Dziecko**" – Ubezpieczony, który w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 1. rok życia, a nie ukończył 18. roku życia.
2. „**Niezdolność do samodzielnego życia**" – trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy stwierdzona przez Lekarza:
   a) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się,
   b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.

   Niezdolność do samodzielnego życia Dziecka wiąże się z koniecznością zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym Dzieckiem w danym wieku.
3. „**Niezdolność do pracy**" – całkowita, bezterminowa i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony przez Nationale-Nederlanden. Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
4. „**Suma ubezpieczenia**" – pieniądze wypłacane Ubezpieczonemu w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.
5. „**Choroba psychiczna**" – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
6. „**Umowa dodatkowa**" – Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy.
7. „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**" – Niezdolność do samodzielnego życia lub Niezdolność do pracy, spełniające warunki wskazane w Art. 2.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego i wypłaci pieniądze w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolność do pracy, pod warunkiem że stan ten utrzymywał się co najmniej 12 miesięcy i trwa nadal. Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu. Jeżeli jednak po upływie pierwszych 6 miesięcy Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do samodzielnego życia lub podjęcia pracy, to za dzień zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Nationale-Nederlanden może uznać dzień wcześniejszy.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) na 5 lat albo
   b) do najbliższej 5. rocznicy trwania Umowy od dokupienia Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 Miesiąc polisowy.
2. Umowa dodatkowa trwa najdłużej do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
3. Umowa wygasa:
   a) z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia,
   b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   d) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy.

Art. 4 Czy można kontynuować ubezpieczenie?

1. Tak, Nationale-Nederlanden zaproponuje przedłużenie Umowy dodatkowej, chyba że umowa ta wygasła w związku z wypłatą Sumy ubezpieczenia.
2. Nie, jeżeli Umowa dodatkowa wygasła z powodu wypłaty Sumy ubezpieczenia.
3. Umowę dodatkową przedłużamy na 5 lat. Jeśli do końca Umowy lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat, zostało mniej niż 5 lat, to można przedłużyć tę umowę odpowiednio na okres 4, 3, 2 lat lub 1 roku.

Art. 5 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą zajścia Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli Ubezpieczonym jest Właściciel polisy i nabył prawo do Świadczenia, Nationale-Nederlanden ma prawo pomniejszyć wypłacaną kwotę o zaległe Składki, wymagalne na dzień zajścia Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy.

Art. 6 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:

a) w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie Niezdolności do pracy,
b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.

Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 Jak ustalana jest wysokość składki? Jak długo będzie opłacana?

1. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą w Nationale-Nederlanden taryfą składek i zależy od Sumy ubezpieczenia. Na wysokość Składki mogą mieć wpływ wykonywany przez Ubezpieczonego zawód oraz uprawniany przez Ubezpieczonego sport i hobby.
2. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana regularnie razem ze Składką za Umowę.

Art. 8 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Zmiana Sumy ubezpieczenia odbywa się na wniosek Właściciela polisy, po akceptacji Nationale-Nederlanden.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia w celu dokonania oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden może zwrócić się o:
   a) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   b) poddanie się Ubezpieczonego badaniom lekarskim, które odbywają się na koszt Nationale-Nederlanden w wyznaczonych placówkach medycznych,
   c) informacje dotyczące sytuacji finansowej Właściciela polisy lub Ubezpieczonego; przekazanie tych informacji Nationale-Nederlanden jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, ustalenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia oraz prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona po 2 Latach polisowych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej z zachowaniem minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
4. Warunkiem zmiany Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zmianę.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki za Umowę dodatkową.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden, pod warunkiem opłacenia Składki w nowej wysokości.
7. Nationale-Nederlanden potwierdza zmianę Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 9 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać poinformowane o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Nationale-Nederlanden wypłaci Sumę ubezpieczenia na podstawie wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
   a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
   b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
   c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
   d) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem), jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy,
   e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.

Art. 10 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia została spowodowana lub miała miejsce w następstwie:
   a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden wskazanych w Warunkach,
   b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
   c) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
   d) spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
   f) choroby psychicznej,
   g) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu.

Art. 11 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 12 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek

OWU/WP12/1/2025

Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl
Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24
Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN

   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek

nr OWU/WP12/1/2025 (OWU)

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

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek

nr OWU/WP12/1/2025

Umowa dodatkowa oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem WP12, jest zawierana na podstawie Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – przejęcie opłacania składek nr OWU/WP12/1/2025 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. „**Niezdolność do samodzielnego życia**" – która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Nationale-Nederlanden, trwała nieprzerwanie przez okres przynajmniej 180 dni i została stwierdzona przez Lekarza:
   a) niezdolność Właściciela polisy do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się,
   b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Właściciela polisy, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
2. „**Niezdolność do pracy**" – całkowita niezdolność Właściciela polisy do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 180 dni, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Nationale-Nederlanden.
   Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
3. „**Choroba psychiczna**" – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10).
4. „**Umowa dodatkowa**" – Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek.
5. „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**" – Niezdolność do pracy.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Właściciel polisy będący jednocześnie Ubezpieczonym, który ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza zdrowie Właściciela polisy.
3. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność Właściciela polisy do pracy, pod warunkiem że stan ten utrzymywał się co najmniej 180 dni i trwa nadal. Dniem zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest ostatni dzień tego 180-dniowego okresu.

Art. 3 Jak długo trwa Umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres jak Umowa podstawowa.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w trakcie jej trwania (dokupienie).
3. W przypadku dokupienia Umowa dodatkowa zawierana jest na okres do zakończenia Umowy podstawowej. Dokupienie następuje na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc.
4. Umowa dodatkowa kończy się najpóźniej w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Właściciela polisy 65 lat.
5. Umowa dodatkowa wygasa:
   a) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
   b) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
   c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy.

Art. 4 W jaki sposób Nationale-Nederlanden przejmuje opłacanie składek?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Właściciel polisy nabywa prawo do Świadczenia w przypadku Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji.
3. Nationale-Nederlanden spełni Świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek od terminu płatności Składki następującego po dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. Nationale-Nederlanden przejmuje opłacanie Składek na czas określony i informuje Właściciela polisy o długości okresu przejęcia opłacania Składek.

5. Do momentu przejęcia opłacania Składek przez Nationale-Nederlanden obowiązek ich opłacania spoczywa na Właścicielu polisy.
6. Nationale-Nederlanden przejmuje opłacanie Składek na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
   a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Właściciela polisy,
   b) zwolnieniami lekarskimi potwierdzającymi nieprzerwaną Niezdolność do pracy zarobkowej w ciągu 180 dni, włączając dzień zajścia Niezdolności do pracy,
   c) decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Właściciel polisy jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
   d) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
   e) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem) – jeżeli wypadek był przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
   f) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Nationale-Nederlanden.
7. W okresie przejęcia opłacania Składek przez Nationale-Nederlanden nie są możliwe zmiany w Umowie powodujące podwyższenie wysokości Składki.
8. Jeśli po pierwszym dniu Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji:
   a) została dokupiona Umowa dodatkowa lub ochroną został objęty kolejny Ubezpieczony, to z dniem akceptacji wniosku o przejęcie opłacania składek umowy te zostają rozwiązane,
   b) na wniosek Właściciela polisy została podwyższona Składka lub Suma ubezpieczenia to z dniem akceptacji wniosku o przejęcie opłacania składek, zmiany te zostają anulowane.

   Zasady te nie dotyczą Umowy IKE ani Umowy IKZE.

Art. 5 Jakie są obowiązki właściciela polisy?

Na wniosek Nationale-Nederlanden Właściciel polisy ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
   a) w celu określenia, czy Właściciel polisy jest całkowicie niezdolny do wykonywania pracy zarobkowej lub niezdolny do samodzielnego życia i czy nadal pozostaje w tym stanie,
   b) w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych, na koszt Nationale-Nederlanden.

Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę przejęcia opłacania Składek lub utratę prawa do dalszego korzystania z przejęcia opłacania Składek.

Art. 6 Jakie są obowiązki Nationale-Nederlanden?

Nationale-Nederlanden zobowiązuje się do zwrócenia Właścicielowi polisy Składki opłaconej po dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 30 dni, licząc od dnia przejęcia opłacania Składek.

Art. 7 Jaka jest wysokość składki?

Wysokość składki za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden w zależności od wieku Właściciela polisy, długości okresu ubezpieczenia oraz:
   a) wysokości Składki pomniejszonej o składkę za tę Umowę dodatkową oraz
   b) szczególnych warunków, na jakich zawarto Umowę dodatkową.

Składka za Umowę dodatkową ulega zmianie w przypadku podwyższenia lub obniżenia Składki.

Art. 8 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie przejmie opłacania składek?

Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie przejmie opłacania Składek, jeżeli zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
   a) okoliczności wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden opisanych w Warunkach,
   b) chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły, były diagnozowane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
   c) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   d) spożywania lub pozostawania przez Właściciela polisy w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu

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

e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Właściciela polisy, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,

f) Choroby psychicznej.

Art. 9 Zastosowanie Warunków

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków.

Art. 10 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

Warunki Umowy dodatkowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2025 z dnia 28 marca 2025 r., weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

„Gwarancja jutra”

TLiO/ENT1/1/2025

Tabela zatwierdzona przez Zarząd Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 79/2025 z dnia 29 lipca 2025 r., wchodzi w życie z dniem 25 września 2025 r.

W Tabeli podane są maksymalne stawki opłat. Pojęcia użyte w Tabeli należy rozumieć zgodnie z postanowieniami Warunków ENT1: Ubezpieczenie na życie i dożycie „Gwarancja jutra”.

Minimalna Składka

Minimalna Składka ochronna (po uwzględnieniu rabatów)

Miesięczna	200 zł
Kwartalna	600 zł
Półroczna	1200 zł
Roczna	2400 zł

Minimalne Sumy ubezpieczenia

Umowa podstawowa: 20 000 zł
Umowa podstawowa – bezskładkowa: 10 000 zł

Umowy dodatkowe	**Minimalna Suma ubezpieczenia**
Na wypadek uszkodzenia ciała	10 000 zł
Na wypadek nowotworu ON/ONA	40 000 zł
Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów	20 000 zł
Poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie	20 000 zł
Zdrowie psychiczne	10 000 zł
Pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW	20 000 zł
Pozostałe umowy dodatkowe	5 000 zł

Maksymalne Sumy ubezpieczenia

Umowa podstawowa: 400 000 zł

Nazwa Umowy dodatkowej zawieranej w ramach Umowy ubezpieczenia	**Maksymalna Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej zawieranej w ramach jednej Umowy ubezpieczenia, dla jednego Ubezpieczonego**	**Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia ze wszystkich Umów dodatkowych zawartych do wszystkich umów ubezpieczenia na życie zawartych w Nationale-Nederlanden, na rzecz jednego Ubezpieczonego. Umowy dodatkowe zostały wskazane według ich kodów określonych w OWU tych umów dodatkowych**	
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (AD12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	ADR0, ADR1, ADR6, ADR9, ADN1, AD12, AD13
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (AT12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	AT12, AT13
Na wypadek uszkodzenia ciała (AB14)	150 000 zł	150 000 zł	AI12, BI12, AB12, AI13, BI13, AB13, AB14, AC12
Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku (PD12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	PDR0, PDR1, PDR6, PDR7, PDR9, PDI0, PDI1, PDC0, PDN1, PD12
Na wypadek nowotworu Ona (CW16, CG16), Na wypadek nowotworu On (CM16, CF16)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	CW12, CS12, CG12, CW13, CS13, CG13, CW14, CS14, CG14, CM12, CA12, CF12, CM13, CA13, CF13, CM14, CA14, CF14, CW16, CG16, CM16, CF16, CZ12
Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (CD14, CU14)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	CIR0, CIR1, CIR2, CIR3, CIR4, CIR5, CIR6, CIR7, CP12, CI12, CII0, CD12, CU12, CD14, CU14, CZ12

Nazwa Umowy dodatkowej zawieranej w ramach Umowy ubezpieczenia	Maksymalna Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej zawieranej w ramach jednej Umowy ubezpieczenia, dla jednego Ubezpieczonego	Maksymalna łączna Suma ubezpieczenia ze wszystkich Umów dodatkowych zawartych do wszystkich umów ubezpieczenia na życie zawartych w Nationale-Nederlanden, na rzecz jednego Ubezpieczonego. Umowy dodatkowe zostały wskazane według ich kodów określonych w OWU tych umów dodatkowych	
Poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie (CZ12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	CIR0, CIR1, CIR2, CIR3, CIR4, CIR5, CIR6, CIR7, CP12, CI12, CII0, CD12, CU12, CD14, CU14, CR12, CCR0, CW12, CS12, CG12, CW13, CS13, CG13, CW14, CS14, CG14, CM12,CA12, CF12, CM13, CA13, CF13, CM14, CA14, CF14, CW16, CG16, CM16, CF16, CZ12
Zdrowie psychiczne (MH12)	10 000 zł	10 000 zł	MH12
Pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW (TE12)	100 000 zł	100 000 zł	TE12
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy (TP12)	1 000 000 zł	1 000 000 zł	TP12
Leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW (HK12, HZ12)	50 000 zł	50 000 zł	HRI3, HRI5, HR12, HD12, HP12, HE12, HK12, HZ12
Powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW (CK14)	50 000 zł	50 000 zł	CN12, CN14, CK14
Leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW (HN12, HA12)	50 000 zł	50 000 zł	HRA3, HI12, HB12, HF12, HN12, HA12
Powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW (CN14)	50 000 zł	50 000 zł	CN12, CN14, CK14
Diagnoza cukrzycy (DX12)	40 000 zł	40 000 zł	DX12
Poważne choroby i powikłania cukrzycy (DI12)	300 000 zł	300 000 zł	DI12
Operacja wskutek choroby dla osób z cukrzycą (DS12)	40 000 zł	40 000 zł	DS12
Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą (DP12)	500 000 zł	500 000 zł	DP12

Wysokość technicznej stopy procentowej

Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy wskazana jest na stronie Nationale-Nederlanden pod adresem www.nn.pl/techniczne-stopy-procentowe

Rabaty

W przypadku, kiedy umowa przestanie spełniać warunki, które uprawniają do przyznania rabatu określonego w niniejszej Tabeli limitów i opłat, nastąpi zaprzestanie uwzględniania rabatu. Nastąpi to w najbliższą miesięcznicę, niezależnie od częstotliwości opłacania składki. Jeśli składka opłacana jest w okresach dłuższych niż miesięczne, składka należna za okres, w którym nastąpiła ww. miesięcznica, ulegnie stosownej korekcie.

- **Rabat za częstotliwość opłacania Składki**

Kwartalna	1% Składki ochronnej
Półroczna	2,3% Składki ochronnej
Roczna	5% Składki ochronnej

W przypadku dokupienia umowy dodatkowej do umów zawartych na podstawie wniosku złożonego przed 20 października 2023 roku, dodatkowo obowiązują następujące rabaty:

- Poniżej opisane Rabaty za pakiet

Rabat za pakiety wypadkowe

		Wariant I	Wariant II	Wariant III
Pakiet	**Umowy dodatkowe**	**Suma ubezpieczenia**		
Na poważny wypadek	Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku (PD12)	50 000 zł-99 999,99 zł	100 000 zł-200 000 zł	od 200 000,01 zł
	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (AD12)	50 000 zł-99 999,99 zł	100 000 zł-200 000 zł	od 200 000,01 zł
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (AT12)	50 000 zł-149 999,99 zł	150 000 zł-300 000 zł	od 300 000,01 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%	20%

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	**Umowy dodatkowe**	**Suma ubezpieczenia**	
W razie wypadku 2023	Pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku: wariant podstawowy (HB12) lub wariant premium (HF12)	10 000 zł – 19 999,99 zł	od 20 000 zł
	Uszkodzenie ciała (AB14)	40 000 zł – 150 000 zł	40 000 zł – 150 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%

		Wariant I	Wariant II	Wariant III
Pakiet	**Umowy dodatkowe**	**Suma ubezpieczenia**		
Na wszelki wypadek 2023	Pobyt w szpitalu lub operacja po wypadku: wariant podstawowy (HB12) lub wariant premium (HF12)	5000 zł-14 999,99 zł	od 15 000 zł	od 20 000 zł
	Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu wskutek wypadku (CN12)	5000 zł-14 999,99 zł	od 15 000 zł	od 15 000 zł
	Uszkodzenie ciała (AB14)	40 000 zł-150 000 zł	40 000 zł-150 000 zł	40 000 zł-150 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	15%	20%

Wybór jednego z Pakietów: **Na wszelki wypadek** oraz **W razie wypadku** wyklucza możliwość wyboru pozostałych dwóch.

Rabat za pakiety zdrowotne

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	**Umowy dodatkowe**	**Suma ubezpieczenia**	
W razie choroby 2022	Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów: wariant podstawowy (CD14), wariant rozszerzony (CU14)	od 20 000 zł	od 20 000 zł
	Na wypadek nowotworu – Ona: wariant podstawowy (CW16), wariant pełny (CG16)	od 40 000 zł	-
	Na wypadek nowotworu – On: wariant podstawowy (CM16), wariant pełny (CF16)	-	od 40 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		5%	5%

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	**Umowy dodatkowe**	**Suma ubezpieczenia**	
W razie choroby plus 2022	Na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów: wariant podstawowy (CD14), wariant rozszerzony (CU14)	od 20 000 zł	od 20 000 zł
	Na wypadek nowotworu – Ona: wariant podstawowy (CW16), wariant pełny (CG16)	od 40 000 zł	-
	Na wypadek nowotworu – On: wariant podstawowy (CM16), wariant pełny (CF16)	-	od 40 000 zł
	Pobyt w szpitalu lub operacja wskutek choroby: wariant podstawowy (HD12) lub wariant premium (HE12)	od 10 000 zł	od 10 000 zł
	Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy (TP12)	od 50 000 zł	od 50 000 zł
Rabat za każdą Umowę dodatkową w pakiecie		10%	10%

Pakiet **W razie choroby plus** zawiera w sobie umowy dodatkowe z **Pakietu W razie choroby**. Rabaty za te pakiety nie sumują się.

		Wariant I	Wariant II
Pakiet	**Umowy dodatkowe**	**Suma ubezpieczenia**	**Suma ubezpieczenia**
Cukrzyca	Poważne choroby i powikłania cukrzycy (DI12)	od 10 000	od 10 000
	Operacja wskutek choroby dla osób z cukrzycą (DS12)	od 10 000	od 10 000
	Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą (DP12)		od 20 000
Rabat za każdą umowę dodatkową w pakiecie		5%	10%

Informacja o uwzględnianiu ryzyk dla zrównoważonego rozwoju przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Przekazujemy poniższe informacje, realizując obowiązek wynikający z §6 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. (SFDR) w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych.

Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Towarzystwo) stosuje Politykę ramową odpowiedzialnego inwestowania („Polityka ramowa RI"). Polityka ramowa RI, którą zamieszczono na stronie: https://www.nn.pl/o-Nationale Nederlanden/ towarzystwo-ubezpieczen-na-zycie-sa.html, opisuje stosowanie kryteriów odpowiedzialnego inwestowania Grupy NN opartych na odpowiednich normach. Kryteria odzwierciedlają przekonania i wartości inwestycyjne Grupy NN, odpowiednie przepisy prawa oraz uznane na szczeblu międzynarodowym standardy.

Zgodnie z tą polityką oraz sformułowanymi w niej kryteriami odpowiedzialnego inwestowania opartymi na normach, Towarzystwo, uwzględniając przepisy prawa, dąży do wykluczenia inwestycji w spółki zaangażowane w działania obejmujące między innymi opracowywanie, produkcję i konserwację kontrowersyjnej broni oraz handel nią, produkcję wyrobów tytoniowych, wydobycie węgla energetycznego i/lub produkcję piasków bitumicznych, jak zdefiniowano w Polityce ramowej RI.

Informujemy, że Towarzystwo powierzyło zarządzanie aktywami Goldman Sachs Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych S.A. (dalej Goldman Sachs). Goldman Sachs stosuje „Politykę odpowiedzialnego inwestowania Goldman Sachs TFI S.A.". Polityka ta jest spójna z zasadami Polityki ramowej RI, którą stosuje Towarzystwo. „Polityka odpowiedzialnego inwestowania Goldman Sachs TFI S.A." została udostępniona na stronie internetowej www.gstfi.pl.

Towarzystwo uwzględnia główne niekorzystne skutki decyzji inwestycyjnych w zakresie czynników zrównoważonego rozwoju przez stosowanie kryteriów odpowiedzialnego inwestowania grupy NN opartych na normach opisanych w Polityce ramowej RI. Politykę tę Towarzystwo realizuje poprzez:

- wykluczenia emitentów,
- nadzór właścicielski i korzystanie z prawa głosu,
- dobre praktyki zarządzania aktywami.

Towarzystwo uwzględnia następujące wskaźniki dotyczące klimatu wymienione w Załączniku I do aktu delegowanego uzupełniającego Rozporządzenie SFDR poprzez ograniczenie lub wykluczenie inwestycji w:

- kontrowersyjne rodzaje broni (miny przeciwpiechotne, amunicja kasetowa, broń chemiczna i broń biologiczna) (tabela 1: wskaźnik 14)
- przedsiębiorstwa działające w sektorze paliw kopalnych w zakresie ograniczenia inwestycji w wydobycie węgla energetycznego (tabela 1: wskaźnik 4)
- spółki, będące emitentami, którzy rażąco i systematycznie naruszają zasady inicjatywy Global Impact, wytyczne ONZ lub wytyczne OECD (tabela 1: wskaźnik 10)
- państwa emitujące obligacje, które dopuszczają się rażącego i systematycznego łamania praw człowieka, na które Rada Bezpieczeństwa ONZ nałożyła embargo dotyczące broni (tabela 1: wskaźnik 16).

Ryzyka dla zrównoważonego rozwoju mogą stanowić ryzyko samo w sobie lub mieć wpływ na inne ryzyka portfela, a także mogą znacząco przyczynić się do ogólnego poziomu ryzyka, w tym ryzyka rynkowego, płynności, kredytowego czy operacyjnego.

Ocena ryzyk dla zrównoważonego rozwoju, definiowanych jako zdarzenia środowiskowe, społeczne lub związane z zarządzaniem, które, jeśli wystąpią, mogą mieć faktyczne lub potencjalnie znaczące negatywne oddziaływanie na wartość inwestycji, a zatem również na stopę zwrotu z inwestycji, jest stosowana w procesie podejmowania decyzji inwestycyjnych poprzez uwzględnianie w nim głównych, niekorzystnych skutków decyzji inwestycyjnych dla czynników środowiskowych, społecznych i związanych z zarządzaniem stosując Politykę odpowiedzialnego inwestowania Goldman Sachs TFI S.A.

Inwestycje w ramach tego produktu finansowego nie uwzględniają unijnych kryteriów dotyczących zrównoważonej środowiskowo działalności gospodarczej.

Towarzystwo wspiera cele sformułowane w Regulacji SFDR i oczekuje, że uwzględnianie w procesie inwestycyjnym ryzyk dla zrównoważonego rozwoju, w szczególności poprzez ich sformalizowaną ocenę i ograniczenie bądź wykluczanie inwestycji o wysokim poziomie tego ryzyka, będzie pozytywnie wpływać na stopę zwrotu z inwestycji w długim okresie.

nationale nederlanden

Spis treści

Co możesz zabezpieczyć z ubezpieczeniem na życie i dożycie „Gwarancja jutra”? 2

Ubezpieczenie na życie i dożycie „Gwarancja jutra” w skrócie 4

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie „Gwarancja jutra”
OWU/ENT1/1/2025 8

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie 21

Informacja o uwzględnianiu ryzyk dla zrównoważonego rozwoju przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. 23

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku
OWU/AD12/1/2025 24

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego
OWU/AT12/1/2025 29

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów
OWU/CY14/1/2025 34

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia 43
Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia 45

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne
ANEKS/AG12/1/2022 56

Załącznik nr 1 do OWU – Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych 63

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Kardiolog
ANEKS/DK12/1/2022 65

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych 72

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Neurolog
ANEKS/DN12/1/2022 76

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych 83

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ONA”
OWU/ONA6/1/2025 93

Załącznik nr 1 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ONA” 101
Załącznik nr 2 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ONA” 106

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „ON”
OWU/ON16/1/2025 109

Załącznik nr 1 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ON” 117
Załącznik nr 2 do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „ON” 122

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pre-Diagnoza i badania genetyczne
ANEKS/AP12/1/2022 125

Załącznik nr 1 do OWU – Lista badań diagnostycznych oraz genetycznych 132

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Onkolog
ANEKS/DC12/1/2022 134

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych 141

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie
OWU/CZ12/1/2024 185

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie
nr OWU/CZ12/1/2024 193

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – diagnostyka w kierunku poważnych chorób
OWU/LD12/1/2025 197

Załącznik nr 1 – Tabela Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem 205
Załącznik nr 2 – Zakres Świadczeń medycznych: lista lekarzy specjalistów oraz lista badań laboratoryjnych i obrazowych
dostępnych w ramach ubezpieczenia 211

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”
OWU/CB14/1/2025 220

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – zdrowie psychiczne
OWU/MH12/1/2025 239

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – Diagnoza cukrzycy
OWU/DX12/1/2025 248

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej Diagnoza cukrzycy – Refundacja leków na cukrzycę
ANEKS/LU12/1/2020 253

Załącznik nr 1 – Zakres leków 262

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa Poważne choroby i powikłania cukrzycy
OWU/DI12/1/2025 265

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – Operacje wskutek choroby dla osób z cukrzycą
OWU/DS12/1/2025 271

Załącznik – procedury medyczne wskutek choroby nr 1/2015 277

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa Niezdolność do samodzielnego życia lub pracy dla osób z cukrzycą
OWU/DP12/1/2025 295

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku choroby lub NW
OWU/HZ12/1/2025 300

Tabela Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024 308

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku choroby lub NW
OWU/CK14/1/2025 329

Tabela Operacji w wyniku Choroby lub NW nr 1/2024 337

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – leczenie szpitalne lub operacja w wyniku NW
OWU/HA12/1/2025 358

Tabela Operacji w wyniku NW nr 1/2024 366

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – powrót do zdrowia po leczeniu szpitalnym lub operacji w wyniku NW
OWU/CN14/1/2025 377

Tabela Operacji w wyniku NW nr 1/2024 385

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego
OWU/LS12/1/2025 396

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego
nr OWU/LS12/1/2025 405
Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego
nr OWU/LS12/1/2025 413

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa na wypadek uszkodzenia ciała
OWU/AB14/1/2025 414

Tabela uszkodzeń ciała 420

Aneks do ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Pakiet Ortopeda Plus
ANEKS/YO14/1/2023 450

Załącznik nr 1
Katalog Świadczeń medycznych 459

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku
OWU/PD12/1/2025 495

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW
OWU/TE12/1/2024 503

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – niezdolność do samodzielnego życia lub pracy
OWU/TP12/1/2025 510

Ogólne warunki ubezpieczenia
Umowa dodatkowa – przejęcie opłacania składek
OWU/WP12/1/2025 515

„Gwarancja jutra”
TLiO/ENT1/1/2025 520

Informacja o uwzględnianiu ryzyk dla zrównoważonego rozwoju przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie S.A. 524