

Grupowe ubezpieczenie na życie

Pakiety Nationale-Nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia
OWU/TRM14/1/2016

Spis treści

Umowa główna

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TRM14/1/2016	4
--	---

Życie

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR14.....	15
--	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT14	18
--	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR14.....	21
---	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR14.....	24
--	----

Zdrowie

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD14	27
---	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB14.....	31
--	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD14	35
---	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB14.....	39
--	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB14.....	44
--	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB14	49
---	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB14.....	53
---	----

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB14_D.....	63
---	----

Załącznik do Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (LHB14)	67
---	----

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie – TRM14/1/2016 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 10, Art. 19
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 6, Art. 7, Art. 9, Art. 11, Art. 18, Art. 20, Art. 22
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 grupowego ubezpieczenia na życie

nr OWU/TRM14/1/2016

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

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TRM14/1/2016 (dalej: Warunki), w Polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

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

w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, położu.

- 21) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.
- 22) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 23) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 24) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności, chyba że Strony postanowiły o jej przesunięciu.
- 25) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Nationale-Nederlanden Składki podstawowej.
- 26) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 27) **„Składka podstawowa”** – Składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Nationale-Nederlanden, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Nationale-Nederlanden.
- 28) **„Składka całkowita”** – suma Składek podstawowych, należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej.
- 29) **„Świadczenie”** – kwota wypłacona przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 30) **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
- 31) **„Limit automatycznej akceptacji”** – wskazana w Polisie maksymalna wysokość Sumy Ubezpieczenia dla Umowy głównej i Umów dodatkowych, na którą Towarzystwo może udzielić ochrony ubezpieczeniowej na czas weryfikacji medycznej.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Jak zawrzeć i przedłużyć Umowę ubezpieczenia?

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą osób, które przystąpiły do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku niestandardowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
5. Umowa ubezpieczenia będzie automatycznie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile Ubezpieczający nie wypowie jej przed końcem danego Roku polisowego, a także żadna ze Stron nie zaproponuje jej kontynuowania na zmienionych warunkach, a Ubezpieczający dodatkowo opłaci kolejną Składkę całkowitą. Dodatkowo, niezależnie od zapisów powyższych Nationale-Nederlanden poinformuje Ubezpieczającego najpóźniej na 30 dni przed datą Rocznicy polisy o zamiarze kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej na niezmienionych warunkach, a także o fakcie, iż ochrona ta nie będzie świadczona w przypadku nieopłacenia kolejnej Składki całkowitej.
6. Nationale-Nederlanden w terminie nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy może zaproponować przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ze zmienioną wysokością Składki podstawowej lub na zmienionych warunkach ubezpieczenia (dołączając je do oferty), zmiana Składki podstawowej może wynikać wyłącznie ze zmiany stawek ubezpieczeniowych i oceny ryzyka. W przypadku takim umowa zostanie przedłużona na kolejny roczny okres dopiero po uiszczeniu przez Ubezpieczającego Składki całkowitej, wynikającej ze zmienionej Składki podstawowej w nowej zaproponowanej przez Nationale-Nederlanden wysokości.
7. Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego Roku polisowego z automatycznym przedłużeniem na kolejne roczne okresy w przypadku kontynuowania ochrony z Umowy głównej i opłacania przez Ubezpieczającego składki. Do umowy dodatkowej odpowiednie zastosowanie ma ust. 5 i 6. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z datą zawarcia Umowy głównej lub w przypadku kontynuowania ochrony w każdą kolejną Rocznicę polisy.
8. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie w przypadku przystąpienia do Umowy głównej.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Nationale-Nederlanden, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na podgrupy lub Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta poprzez wybranie jednego

z oferowanych przez Nationale-Nederlanden Pakietów.

10. Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Specyfikacji Polisy a postanowieniami OWU rozstrzyga Specyfikacja Polisy.

Art. 4 Czy można zmienić Umowę ubezpieczenia?

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia:
 - a) wymaga uzgodnień pomiędzy Stronami, potwierdzonych w formie pisemnej;
 - b) wymaga dla swej skuteczności uprzedniej zgody Ubezpieczonego, jeśli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.Uzgodnień w formie pisemnej nie wymaga kontynuowanie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach zgodnie z art. 3 ust. 5, 6 i 7. W przypadkach tych oświadczenie woli o akceptacji przez Ubezpieczonego nowych warunków i Składki podstawowej składane jest przez opłacenie Składki całkowitej w nowej wysokości.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania pisemnie Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego Ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. Ubezpieczający poprzez opłacenie składki na kolejny Rok polisowy potwierdza, iż uzyskał zgody Ubezpieczonych na zmianę Umowy ubezpieczenia oraz doręczył Ubezpieczonym nowe Warunki.
5. Na 45 dni przed każdą Rocznicą polisy ubezpieczenia, Ubezpieczający może poprzez złożenie wniosku, po wyrażeniu zgody przez Nationale-Nederlanden, zmienić warunki Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.

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

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

Art. 6 Jak rozwiązać Umowę ubezpieczenia?

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

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

Art. 7 Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w przypadku:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - b) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia Umowy dodatkowej, w zakresie tej Umowy dodatkowej,
 - d) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - e) ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

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

Art. 8 Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

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

Art. 9 Rozpoczęcie i zakończenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej Składki całkowitej, nie

- wcześniej jednak niż od dnia określonego w Polisie, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności i obejmuje okres jednego Roku polisowego z możliwością kontynuacji ochrony na kolejne lata.
2. Dzień rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umów dodatkowych wskazany jest w Polisie lub innym Dokumencie ubezpieczenia.
 3. Przedłużenie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden na kolejny Rok polisowy następuje zgodnie z art. 3.
 4. W przypadku braku opłacenia Składki całkowitej w nowej zaproponowanej przez Nationale-Nederlanden wysokości lub opłacenia składki w wysokości niższej od zaproponowanej, umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa.
 5. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy dodatkowej kończy się z dniem jej wygaśnięcia, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.

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

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba która (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ma ukończone 15 lat i nieukończone 70 lat,
 - b) jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub pozostaje z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Nationale-Nederlanden lub sama jest Właścicielem,
 - c) spełnia inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do podgrupy.
2. Wraz z Ubezpieczonymi, którzy spełnili kryteria wskazane w ust. 1, do ubezpieczenia mogą przystąpić także Współubezpieczeni, którzy mają:
 - a) Ukończone 15 lat w przypadku Partnera i Małżonka, 18 lat w przypadku Dziecka i nieukończone 70 lat,
 - b) Spełniają inne kryteria ustalone przez Ubezpieczającego i Nationale-Nederlanden, w szczególności kryteria przynależności do podgrupy.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu dla Współubezpiezonego rozumie się późniejszą z dat, odpowiednio:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Partnera,
 - oraz spełnienia kryterium uczestnictwa w ubezpieczeniu przez Ubezpiezonego.
4. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go

- Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia wymaga akceptacji Nationale-Nederlanden. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
 6. Nationale-Nederlanden w ramach akceptacji zgłoszenia przystąpienia danej osoby do ubezpieczenia może wymagać od niej doręczenia określonych dodatkowych dokumentów dotyczących jej stanu zdrowia lub poddanie się przez nią badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Nationale-Nederlanden w autoryzowanych placówkach medycznych.
 7. W przypadku, kiedy Suma ubezpieczenia na Umowie głównej przekracza Limit automatycznej akceptacji, na czas prowadzonej weryfikacji medycznej Ubezpieczonemu przysługuje Suma ubezpieczenia w wysokości Limitu automatycznej akceptacji dla Umowy głównej. W przypadku Umów dodatkowych Sumy ubezpieczenia będą nie wyższe niż wartość Limitu automatycznej akceptacji. Po zakończeniu weryfikacji medycznej Towarzystwo pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o ostatecznych wysokościach Sum ubezpieczenia i składkach. Zmiany w zakresie Ubezpieczenia zostaną wprowadzone od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu przez Ubezpieczonego akceptacji przedstawionej propozycji ostatecznych wysokości Sum ubezpieczenia.
 8. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono Składkę podstawową za Ubezpieczonego.
 9. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba, spełniająca kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu wskazane w ust. 1 lub jej Małżonek, Partner oraz pełnoletnie Dziecko, obecna w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia lub w pierwszym dniu pracującym przypadającym po dniu przystąpienia, jeśli dzień ten jest wolny od pracy oraz osoba przebywająca na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej. Osoba lub jej Małżonek, Partner oraz pełnoletnie Dziecko, która spełnia kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu wskazane w ust. 1, nieobecna w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęta z jej Małżonkiem, Partnerem lub pełnoletnim Dzieckiem ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.
 10. Nationale-Nederlanden potwierdza objęcie Ubezpieczonego ubezpieczeniem przez wystawienie i dostarczenie Ubezpieczonemu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.

11. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem jednej Podgrupy lub Pakietu, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności do Podgrupy lub zmiana Pakietu możliwe jest jedynie w rocznicę polisy.

Art. 11 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

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

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

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

6. Nationale-Nederlanden zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Nationale-Nederlanden jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczającemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia.
9. Nationale-Nederlanden ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby, o której przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 8 powyżej, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
10. Informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Nationale-Nederlanden najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Nationale-Nederlanden o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.

Art. 13 Jakie są obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpiezonego?

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

11. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Nationale-Nederlanden, pod warunkiem dostarczenia tych formularzy przez Nationale-Nederlanden.
12. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym w autoryzowanych placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden. Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez Nationale-Nederlanden może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

Art. 14 Suma ubezpieczenia

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

Art. 15 Wysokość Składki podstawowej

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Nationale-Nederlanden (Rok polisowy). Wysokość Składki podstawowej obowiązującej w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-3, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpiezonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Nationale-Nederlanden przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 17 ust. 2 i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wykonywanego zawodu.

4. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Nationale-Nederlanden w związku z oferowaniem umów Grupowego ubezpieczenia na życie lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-3.
5. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka podstawowa jest ustalona niezależnie od postanowień ust. 2-4, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Nationale-Nederlanden i Ubezpieczającego. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
6. Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy lub Pakietu.
7. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.
8. Nationale-Nederlanden zwraca Ubezpieczającemu odpowiednią część Składki podstawowej za okres, w którym nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej w związku z jej wcześniejszym ustaniem.

Art. 16 Wysokość Składki całkowitej

1. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie,
 - b) kwartalnie,
 - c) raz na pół roku,
 - d) raz na rok.
2. W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny Nationale-Nederlanden może udzielić odpowiednich bonifikat.
3. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia i może ona ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego.
4. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest określona w Polisie.
5. Składka całkowita powinna zostać opłaconą z góry za każdy okres rozliczeniowy najpóźniej w dniu wymagalności składki podstawowej. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Nationale-Nederlanden kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.
6. Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w Art. 13 ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
7. W razie niedoręczenia Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczającego najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w Art. 13 ust. 8, Nationale-Nederlanden oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić, na podstawie liczby

Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Nationale-Nederlanden informacji.

8. Nationale-Nederlanden oblicza wysokość Składki całkowitej oraz, o ile nie uzgodniono inaczej w Umowie ubezpieczenia, wysyła Ubezpieczającemu drogą elektroniczną dokument uwzględniający wysokość Składki najpóźniej na 3 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego.
Ubezpieczający jest zobowiązany do wskazania oraz bieżącej aktualizacji danych dotyczących osoby kontaktowej oraz adresu poczty elektronicznej przeznaczonych do przekazywania wyżej opisanego dokumentu księgowego.

Art. 17 W jaki sposób można dokonać zmiany wysokości Składki?

1. W przypadku kontynuowania umowy ubezpieczenia w każdą Rocznicę polisy wysokość Składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaoferowania, w związku ze zmianą stawek ubezpieczeniowych i oceny ryzyka, przez Nationale-Nederlanden składki w nowej wysokości na kolejny Rok polisowy, a także opłacenia składki przez Ubezpieczającego w nowej, zaproponowanej wysokości lub zaakceptowania przez Nationale-Nederlanden zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego.
2. W przypadku zmiany w trakcie Roku polisowego struktury Ubezpieczonych („struktura”), w tym zmiany liczby ubezpieczonych pracowników w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, co najmniej o 20%, Nationale-Nederlanden ma prawo do ponownego określenia wysokości Składki podstawowej.
Przy ocenie stopnia zmian struktury Nationale-Nederlanden uwzględnia również Ubezpieczonych, za których opłacanie Składki podstawowej zostało zawieszone oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, nowa wysokość Składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości Składki podstawowej, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji i opłaci nową składkę.

Art. 18 Kiedy można zawiesić opłacanie Składek?

1. W przypadku kontynuowania umowy ubezpieczenia począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Nationale-Nederlanden, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku na 7 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Zawieszenie opłacania Składek

- podstawowych oznacza zawieszenie opłacania Składek całkowitych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać wskazanie okresu rozliczeniowego, od którego liczyć się okres zawieszenia opłacania Składki.
 3. W okresie zawieszenia opłacania Składki Nationale-Nederlanden nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego Składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 4. Opłacanie Składki całkowitej może być zawieszone na nie więcej niż jeden rok.
 5. Wznowienie opłacania Składki podstawowej lub Składki całkowitej nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.
 6. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Nationale-Nederlanden.

Świadczenia Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy ubezpieczenia

Art. 19 Śmierć ubezpieczonego

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

Art. 20 Kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia?

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

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

Art. 21 Jakie są terminy i warunki wypłaty świadczeń?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, o których mowa w ust. 1 oraz wskazane w Umowach dodatkowych, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe,

- utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Nationale-Nederlanden nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
3. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Nationale-Nederlanden o zdarzeniu wskazanym w Art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 4. Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.

Art. 22 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

Art. 23 Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach mogą złożyć Reklamację.

2. Reklamacja może zostać złożona
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa);
 - b) ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24) albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
 - c) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl).
3. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana osobiście lub przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.
7. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej osobie składającej Reklamację przysługuje odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.
8. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 24 Podatki

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

Art. 25 System monetarny

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

Art. 26 Prawo właściwe

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 27 Przekazywanie korespondencji

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Nationale-Nederlanden, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w Warunkach, powinny być przekazywane do siedziby Nationale-Nederlanden w formie pisemnej.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Nationale-Nederlanden w związku z Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Art. 23 ust. 6, powinny być dokonywane na piśmie. Nationale-Nederlanden przesyła wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 28 Rozstrzyganie sporów

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

Art. 29 Pozostałe postanowienia

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Nationale-Nederlanden, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w sposób odbiegający od Warunków.
2. Wszelkie formy zmiany do treści Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej z zastrzeżeniem Art. 4.

Art. 30 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy WADR14 (OWU)

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy

WADR14

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

Art. 1 Definicje

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy, który miał miejsce w okresie obejmowania

Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.

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

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

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

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

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

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

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

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT14 (OWU)

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

ADT14

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

Art. 1 Definicje

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

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

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

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

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR14 (OWU)

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR14

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

Art. 1 Definicje

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

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

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

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpiezonego lub okaleczenia Ubezpiezonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpiezonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpiezonego,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpiezonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku, którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania Składki lub

w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

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

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu HSDR14 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

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

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

HSDR14

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

Art. 1 Definicje

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

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

okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,

- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

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

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

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odpowiednie władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Warunkach Umowy głównej,
 - d) wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana,
 - e) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,

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

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD14 (OWU)

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy TPD14

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem TPD14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPD14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

- 3) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych
- 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a których przyczyną była Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek.
 - c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

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

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowania Choroby będących przyczyną Niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
3. W uzasadnionych przypadkach Nationale-Nederlanden może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 1 pkt 1.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

1. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Nationale-Nederlanden następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,

- b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji.
 - d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

- sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
- i) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub na skutek Choroby, która została zdiagnozowana przed tą datą. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Niezdolności do pracy będącej skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których, nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku LHB14 (OWU)

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

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem LHB14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHB14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 2) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie obowiązywania Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszkodzenia ciała. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby, Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpieczonego wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 3) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za Chorobę nie uważa się w szczególności ciąży, porodu, połogu.
- 4) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

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

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

- zdrowiu obliczymy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim.
5. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Nationale-Nederlanden i stanowiącą załącznik do Warunków.
 6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
 7. Po ustaleniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu i wypłacie świadczenia zarówno obniżenie, jak i podwyższenie stopnia uszczerbku nie jest możliwe.

Art. 4 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 5 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

- w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - g) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 6 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

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

Art. 7 Pozostałe postanowienia

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

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu LHSD14 (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

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

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem LHSD14.

Art. 1 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie TRM14, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych Warunkach. W Ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHSD14 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych
- 4) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
 - 5) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną

- i bezpośrednią przyczyną zaistnienia Trwałego uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencje?

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

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

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

- b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu.
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
2. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu powstał wskutek chorób, które były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane

bezpośrednio Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.

5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Tabela uszczerbku dla zawału serca i udaru mózgu

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

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB14 (OWU)

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu HDB14

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

Art. 1 Definicje

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

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

nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.

5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 2 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 4, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu.

Art. 4 Jak jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) **3 kolejne dni** – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia Pobytu w szpitalu, za każdy dzień Pobytu w szpitalu,
 - b) **1 dzień** – jeżeli Pobyt był spowodowany Niestety wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Niestety wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień Pobytu w szpitalu,

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu.
 - c) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) spożywanie lub pozostawianie przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - g) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - h) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - i) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - k) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - l) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - m) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
 - n) leczenie związane z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - o) zmiana płci, obrezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - p) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - q) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,

- r) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden, z zastrzeżeniem Art. 3 ust 3.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu HSHDB14 (OWU)

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

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

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

Art. 1 Definicje

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

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

mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu.

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

mowa w Art. 10 ust. 1 pkt. b) Warunków

Umowy głównej,

b) Umowa dodatkowa wygaśa.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

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

Art. 4 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę Polisy na wniosek

- Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Nationale-Nederlanden, z zachowaniem zasad określonych w Warunkach Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

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

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełońska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy WAHDB14 (OWU)

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

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

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

Art. 1 Definicje

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

- 1) **„Szpital”** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Umowy dodatkowej Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 2) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego Szpitala. Za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 3) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 4) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 7) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z Pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

Art. 3 Jakie jest dzienne świadczenie szpitalne?

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

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

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

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

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

Art. 5 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:

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

Art. 7 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 8 Pozostałe postanowienia

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

Art. 9 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB14 (OWU)

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

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego CIB14

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

Art. 1 Definicje

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

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

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (CIB14_A) albo w wariantie rozszerzonym (CIB14_B) albo w wariantie pełnym (CIB14_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego

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

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

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

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

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

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

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Zakres ubezpieczenia w wariancie pełnym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:
- a) „**Choroba Alzheimera lub demencja**” – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.
- b) „**Operacja mózgu**” – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.
- c) „**Kardiomiopatia**” – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV)

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

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

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

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

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczka,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.

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

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

- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowa”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- natężona objętość wydechu (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) nie wyższe niż 55 mmHg,
- duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwały ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

- k) **„Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.

- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:

- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,

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

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

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

- 1. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 3-miesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących Poważnych zachorowań:
 - a) Nowotwór złośliwy,
 - b) Łagodny nowotwór mózgu,
 - c) Operacja aorty,
 - d) Operacja zastawek serca,
 - e) Operacja mózgu,
 - f) Kardiomiopatia,
 - g) Przewlekłe zapalenie trzustki,
 - h) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - i) Choroba Leśniowskiego – Crohna.
- 2. W stosunku do Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie 6-miesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania i zabiegi, o których mowa w Art. 2 ust. 3 -5.
- 3. Karencja, o której mowa w ust. 1 zostanie zniesiona, jeżeli Ubezpieczony z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej umowy byłoby należne z umowy z poprzednim ubezpieczycielem.
 - b) ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
- 4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 3, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, oświadczenie zakładu ubezpieczeń. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony wraz z wysokością

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

Art. 4 Jakie są obowiązki ubezpieczonego?

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

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

- 1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 7.
- 2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust. 6.
- 3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Art. 2 ust. 3 pkt. j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
- 4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem Poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
- 5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie oraz Grupa I.
- 6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
- 7. Nationale-Nederlanden może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

8. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Nationale-Nederlanden wypłaci tylko jedno świadczenie.

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
 - c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - e) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zazywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- f) choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach i sztukach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Nationale-Nederlanden nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób, których objawy były diagnozowane lub leczone przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 3. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w Art. 5 ust. 4a) oraz Art. 5 ust. 7.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania ubezpieczonego na choroby zakaźne CIB14_D (OWU)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

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

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

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

Art. 1 Definicje

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

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczenia?

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

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

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
- wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
- wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
- potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.

- b) **„Tężec”** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:

- bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
- bolesne skurcze mięśni tułowia,
- uogólnione skurcze.

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

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

- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
 - wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.
- d) **„Cholera”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.
- e) **„Gorączka denga”** – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
- bóle głowy,
 - ból pozagałkowy,
 - bóle mięśni,
 - bóle stawów,
 - wysypka,
 - objawy krwotoczne,
 - leukopenia.
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.
- f) **„Dur brzuszny”** – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego *Salmonella typhi*. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
- bóle głowy,
 - względna bradykardia,
 - kaszel,
 - biegunka, zaparcie, ból brzucha.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
- g) **„Malaria”** – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
 - wykryto kwas nukleinowy *Plasmodium* spp. w krwi lub
 - wykryto antygen *Plasmodium* spp.
- h) **„Schistosomatoza”** – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
- i) **„Zgorzel gazowa”** – zakażenie przyranne wywołane beztlenową laseczką *Clostridium perfringens*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów *Clostridium perfringens* z materiału klinicznego.
- j) **„Neuroborelioza”** – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka *Borrelia burgdorferi*), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgoworzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja krętków *Borrelia* spp. z materiału klinicznego,
 - znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
 - wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne.
4. Nationale-Nederlanden ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 3 Kiedy Nationale-Nederlanden stosuje karencję?

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

Art. 4 Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

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

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

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

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

Art. 6 Jakie są warunki wypłaty świadczenia?

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

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

Art. 7 Wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden

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

Art. 8 Kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

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

Art. 9 Pozostałe postanowienia

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

Art. 10 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 82/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik do Ogólnych warunków umowy dodatkowej dotyczącej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (LHB14)

Tabela orzecznicza dla oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
A	Uszkodzenia głowy	
1	Uszkodzenie skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a) Blizny – rozległe (powyżej 5 cm długości lub 2,5 cm ²), szpeczące, ściągające – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości itp.	1-10
	Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od obszaru):	
	b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1-10
	c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11-20
	d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21-30
Uwaga: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a.		
2	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości obrażeń, wgłobień, fragmentacji	1-10
3	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
	a) poniżej 10 cm ²	1-10
	b) od 10 do 50 cm ²	11-15
	c) powyżej 50 ²	16-25

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego uszczerbku na zdrowiu, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz.1.		
4	Nawracający płynotok uszny lub nosowy, przewlekłe zapalenie kości, ropowica podczepcowa leczona operacyjnie – uznane jako utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania obrażeń wymienionych w poz. 1, 2, 3 – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1-15
5	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta i/lub skalę Ashwortha):	
	a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
	b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4°-3° według skali Ashwortha)	60-80
	c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta lub 3°-2° według skali Ashwortha)	40-60
	d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2/1°, 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5-35
	e) porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	
	• prawej	70-90
	• lewej	60-80
	f) niedowład kończyny górnej (3-4 ° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1 ° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	
	• prawej	70-90
	• lewej	60-80
	g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	
	• prawa	50-60
	• lewa	40-50
	h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3 ° według skali Lovetta lub 4-3 ° według skali Ashwortha):	
	• prawa	30-50
	• lewa	20-40
	i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4 ° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	
	• prawa	10-30
	• lewa	5-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
j)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	40-50
k)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha):	25-40
l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4 ° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	15-25
ł)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5 ° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5-15

Uwaga:

- W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo według punktu 11 uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.
- W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać według punktu od 5 j do 5ł oddzielnie dla każdej kończyny.

Skala Lovetta

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej

1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej

2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej

3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej

4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej

5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

Skala Ashwortha

1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego

2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny

3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu

4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania

5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

6 Zespoły pozapiramidowe:

a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
b)	znacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki drugiej osoby	41-80
c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę	21-40
d)	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju	11-20
e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-10

7 Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:

a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41-80
c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11-40
d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10

8 Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

a)	padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30-40
----	--	-------

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-30
	c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20
	d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10

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). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
	a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80-100
	b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50-80
	c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25-50
	d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10-25

Uwaga:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

10	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrałowe i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
	a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia	1-5
	b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu i wymagające stałego leczenia psychiatrycznego – w zależności od stopnia zaburzeń	6-20

11	Zaburzenia mowy:	
	a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
	b) afazja całkowita motoryczna	60
	c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40-59
	d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20-39
	e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretnie zaburzenia mowy, dysfazja	10-19

12	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnętrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
	a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31-50
	b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	15-30

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
13	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący):	
	a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20-35
	b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-20
	c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
	d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
14	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
	b) ruchowe	1-10
	c) czuciowo-ruchowe	3-20
15	Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
	a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
	c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10
Uwaga: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.		
16	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
	a) niewielkiego stopnia	5-10
	b) średniego stopnia	10-25
	c) dużego stopnia	25-50
17	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.		

B Uszkodzenia twarzy

19	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
	a) Oszpeczenia – szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm długości, lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) blizny, bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
	b) oszpeczenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5-25

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpeczenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26-60
	d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
	a) nieznaczne zniekształcenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia	1
	b) widoczne, szpeczące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	2-5
	c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6-15
	d) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-20
	e) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2-5
	f) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20-30
Uwaga: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa oceniać łącznie wg punktu 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg punktu 19.		
21	Utrata zębów:	
	a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
	I. utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
	II. utrata korony (co najmniej ½ korony) i /lub korzenia	1
	b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
	I. utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
	II. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
22	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:	
	a) nieznacznego stopnia	1-5
	b) średniego stopnia	6-10
	c) znacznego stopnia	11-20
Uwaga: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg punktu 27b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 27a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpeczenie oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.		

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu																																																																																																																																																												
23	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:																																																																																																																																																													
	a) częściowa	10-35																																																																																																																																																												
	b) całkowita	40–50																																																																																																																																																												
24	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:																																																																																																																																																													
	a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5																																																																																																																																																												
	b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-15																																																																																																																																																												
25	Ubytek podniebienia																																																																																																																																																													
	a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-25																																																																																																																																																												
	b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26-40																																																																																																																																																												
26	Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:																																																																																																																																																													
	a) ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń – ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1-3																																																																																																																																																												
	b) ubytki języka – ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4-15																																																																																																																																																												
	c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16-40																																																																																																																																																												
	d) całkowita utrata języka	50																																																																																																																																																												
27	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu																																																																																																																																																													
	a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli: Tabela 27a																																																																																																																																																													
	<table><tr><th>Ostrość wzroku oka prawego</th><th>1,0 (10/10)</th><th>0,9 (9/10)</th><th>0,8 (8/10)</th><th>0,7 (7/10)</th><th>0,6 (6/10)</th><th>0,5 (5/10)</th><th>0,4 (4/10)</th><th>0,3 (3/10)</th><th>0,2 (2/10)</th><th>0,1 (1/10)</th><th>0</th></tr><tr><th>Ostrość wzroku oka lewego</th><th colspan="11">Procent trwałego uszczerbku</th></tr><tr><td>1,0 (10/10)</td><td>0</td><td>2,5</td><td>5</td><td>7,5</td><td>10</td><td>12,5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td></tr><tr><td>0,9 (9/10)</td><td>2,5</td><td>5</td><td>7,5</td><td>10</td><td>12,5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td></tr><tr><td>0,8 (8/10)</td><td>5</td><td>7,5</td><td>10</td><td>12,5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td></tr><tr><td>0,7 (7/10)</td><td>7,5</td><td>10</td><td>12,5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td></tr><tr><td>0,6 (6/10)</td><td>10</td><td>12,5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td></tr><tr><td>0,5 (5/10)</td><td>12,5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td></tr><tr><td>0,4 (4/10)</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td></tr><tr><td>0,3 (3/10)</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td></tr><tr><td>0,2 (2/10)</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>80</td></tr><tr><td>0,1 (1/10)</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td>0</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td></tr></table>	Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0	Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku											1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100	
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0																																																																																																																																																			
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku																																																																																																																																																													
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35																																																																																																																																																			
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40																																																																																																																																																			
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45																																																																																																																																																			
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50																																																																																																																																																			
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55																																																																																																																																																			
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60																																																																																																																																																			
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65																																																																																																																																																			
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70																																																																																																																																																			
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80																																																																																																																																																			
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90																																																																																																																																																			
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100																																																																																																																																																			

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	b) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-10
	c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40

Uwaga:

Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. Wartość uszczerbku w punkcie 27 c obejmuje oszpeccenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

28	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
	a) jednego oka	15
	b) obu oczu	30
29	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
	a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 27a
	b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1-5
30	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
	a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 27 a
	b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1-5
31	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
	a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli 27a
	b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1-5
32	Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 32	

Tabela 32

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0%	0%	20-35%
50°	1-5%	10-15%	35-45%
40°	5-10%	15-25%	45-55%
30°	10-15%	25-50%	55-70%
20°	15-20%	50-80%	70-85%
10°	20-25%	80-90%	85-95%
poniżej 10°	25-35%	90-95%	95-100%

33	Połowicze i inne niedowidzenia:	
	a) dwuskroniowe	50
	b) dwunosowe	25
	c) jednoimienne	25
	d) inne ubytki pola widzenia (jednoolczne)	1-15

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
34	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:	
	a) w jednym oku	15
	b) w obu oczach	30

Uwaga:

W przypadku gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo wg tabeli 27a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.

35	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
	a) w jednym oku	wg tabeli 27a w granicach 15-35
	b) w obu oczach	wg tabeli 27a w granicach 30-100
36	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:	
	a) w jednym oku	5-10
	b) w obu oczach	10-15
37	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe – oceniać wg tabeli 27a i 32 i/lub punktu 33d, nie mniej niż	3

Uwaga:

Odwartwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.

38	Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg tabeli ostrości wzroku 27a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy, nie mniej niż	3
39	Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	35-100
40	Zaćma pourazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a), po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji	
41	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:	
	a) niewielkie zmiany	1-5
	b) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6-10

Uwaga:

Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27a.

D Uszkodzenia narządu słuchu**42 Upośledzenie ostrości słuchu**

a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwałe uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Tabela 42a

	Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe					
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:

Oblicza się 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 wylicza się 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 9 słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe, utrwalone szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia 1-5

Uwaga:

Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu należy oceniać wyłącznie według tabeli 42a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi to oceniać wg punktu 48.

43 Urazy małżowiny usznej:

- | | |
|---|------|
| a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń | 1-10 |
| b) całkowita utrata jednej małżowiny | 15 |
| c) całkowita utrata obu małżowin | 30 |

44 Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu oceniać wg tabeli 42a

45 Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem:

- | | |
|-----------------|----|
| a) jednostronne | 5 |
| b) obustronne | 10 |

46 Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

- | | |
|-----------------|-------|
| a) jednostronne | 5-15 |
| b) obustronne | 10-20 |

47 Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej oceniać wg tabeli 42a

48 Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

- | | |
|--|-----------------------|
| a) z uszkodzeniem części słuchowej | oceniać wg tabeli 42a |
| b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) | 1-20 |

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	21-50
	d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	ocena wg tabeli 42a, zwiększając stopień inwalidztwa, wg p. 48b lub 48c
49	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
	a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-25
	b) dwustronne	10-60
E Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku		
50	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5-10
51	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5-10
	b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów.	11-30
52	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
	a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	30-59
	b) z bezgłosem	60
53	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
	a) bez niewydolności oddechowej	1-10
	b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	11-20
	c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21-40
	d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcy, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	41-60
54	Uszkodzenie przełyku:	
	a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
	b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6-20
	c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21-50
	d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena wg poz. 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10-30

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
55	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
	a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tklowości blizn	1-5
	b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6-14
	c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15-30
	d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

Uwaga:

Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°. Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg punktu 89.

F Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
	a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
	b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
	c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
	e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

Uwaga:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

57	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie wg p.56):	
	a) blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1-5
	b) znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 45 roku życia	10-15
	c) znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 45 roku życia	5-10
	d) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku – do 45 roku życia	5-15
	e) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku – po 45 roku życia	1-10
	f) znaczna lub całkowita utrata sutka – do 45 roku życia	15-20
	g) znaczna lub całkowita utrata sutka – po 45 roku życia	11-15
	h) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać wg powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10

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

Uwaga:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

59	Złamanie mostka:	
	a) bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1-3
	b) ze zrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4-10
60	Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o	1-15
61	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
	a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1-5
	b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5-10
	c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10-25
	d) z niewydolnościami oddechową znacznego stopnia	25-40
62	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać wg p.61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o	10-20

Uwaga:

Przy ocenie wg punktów 56, 58, 60-62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/ lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz p.60 i 62).

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.

63	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
	a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
	c) II klasa NYHA, EF 45%-55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
	d) III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
	e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90

Uwaga:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do 12 poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.

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 jakiegokolwiek 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 – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej 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.

64 Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:

a)	bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym, w zależności od rozległości uszkodzeń	1-5
b)	zaburzenia niewielkiego stopnia	6-10
c)	zaburzenia średniego stopnia	11-20
d)	zaburzenia dużego stopnia	21-40

G Uszkodzenia brzucha i ich następstwa

65 Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:

a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące	1-5
b)	uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	5-15
c)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

Uwaga:

Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwiarydliły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu – nie są uznawane za pourazowe.

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
66	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
	a) Wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1-5
	b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	6-10
	c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40
	d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
	a) jelita cienkiego	30-80
	b) jelita grubego	20-60
68	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych) nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	1-10
69	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
	a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1-5
	b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70	Uszkodzenia odbytnicy:	
	a) pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1-5
	b) wypadanie błony śluzowej	6-10
	c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11-30
71	Uszkodzenia śledziony:	
	a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
	b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
	d) utrata u osób poniżej 18 roku	20
72	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
	a) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1-5
	b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
	c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
	d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

Uwaga:

Przetokę trzustkową oceniać wg – ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b-d.

Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b-d.

Zwężenia dróg żółciowych – orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b-d.

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	> 3,5	2,8-3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I-II°	III-IV°

Grupa A – 5-6 pkt, Grupa B – 7-9 pkt, Grupa C – 10-15 pkt

H Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5-25
74	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	35-75
76	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
	a) nie powodujące zaburzeń funkcji	1-5
	b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6-20
77	Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
	a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	3-5
	b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6-15
	c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
78	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
	a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
	b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
79	Zwężenia cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
	b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
	c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41-60

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.		
80	Utrata całkowita prącia	40
81	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	3-35
82	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
	a) w wieku do 50. roku życia	2-20
	b) w wieku po 50. roku życia	1-10
83	Utrata obu jąder lub obu jajników:	
	a) w wieku do 50. roku życia	40
	b) w wieku po 50. roku życia	20
84	Pourazowy wodniak jądra:	
	a) wyleczony operacyjnie	2
	b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3-10
85	Utrata macicy:	
	a) w wieku do 50 lat	40
	b) w wieku powyżej 50 lat	15
86	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
	a) Rozległe blizny, ubytki, deformacje	1-5
	b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5-10
	c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30
I	Ostre zatrucia, nagłe działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach)	
87	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:	
	a) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1-15
	b) z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	10-25
Uwaga: Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.		

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
88	Inne następstwa zatrucia oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim	1-15

Uwaga:

Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu. Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać według odpowiednich Tabel do punktów 27a, 32, 42. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89	Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa szyjnego potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG czynnościowe, TK, RM):	
	a) stłuczenia, skręcenia z nieznacznym ograniczeniem ruchomości do 15%	1-2
	b) z ograniczeniem ruchomości 16-25%	3-5
	c) z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	6-14
	d) z ograniczeniem ruchomości 51%-75%	15-20
	e) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
	f) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	g) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
	h) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg p. 89 a-f, dodając, w zależności od stopnia zniekształcenia	2-10
	i) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów i/lub rotację) ocenia się wg poz. 89 a-g, zwiększając stopień inwalidztwa o	1-8
	j) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 89a-h zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy lub uraz w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („whiplash”, „smagnięcia biczem”) z zespołem bólowym bez uszkodzeń korzeni nerwowych, orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.

Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

90	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):	
	a) z ograniczeniem ruchomości do 50%	1-9
	b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-19
	c) zeszywnienie w pozycji fizjologicznej	20
	d) zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym	25-30
	e) obniżenie wysokości trzonu co najmniej 10%, ocenia się wg poz. 90 a-d, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia o	1-5
	f) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) ocenia się wg poz. 90 a-e zwiększając stopień inwalidztwa o	1-7

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	g) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 90a-f zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2-3 cm.

91 Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):

a)	stłuczenia, skręcenia z nieznacznym ograniczeniem ruchomości do 15%	1-2
b)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	3-5
c)	z ograniczeniem ruchomości 26% – 50%.	6-14
d)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
e)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
f)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
g)	obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocenia się wg poz. 91 a-e, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia, o	3-12
h)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) – ocenia się wg poz. 91 a-f zwiększając stopień inwalidztwa o	1-9
i)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 91a-g zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgozmyk rzekomy (zwyrondnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.

Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7-8 cm.

92 Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się wg p.p. 89-91

93 Uszkodzenie rdzenia kręgowego:

a)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
b)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu, w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
c)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (3-4° w skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	5-30
d)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (0-2° w skali Lovetta lub 5-4° według skali Ashwortha)	31-60

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	e) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), niedowład czterokończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	61-90
	f) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha), głęboki niedowład czterokończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
94	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruch, czucie lub mieszane) oraz utrwalone urazowe zespoły bólowe bez uszkodzenia korzeni – w zależności od stopnia:	
	a) szyjne bólowe	2
	b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5-15
	c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5-30
	d) piersiowe	1-10
	e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	1-4
	f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5-15
	g) lędźwiowo – krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5-30
	h) guziczne (w tym złamania kości guzicznej)	1-5

Uwaga:

Zaburzenia stwierdzane w punkcie 94 a-h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Zespół bólowy po urazie w mechanizmie zgięciowoodgięciowym („smagnięcia biczem”) orzekać wyłącznie według pozycji 94a lub 94b.

K Uszkodzenia miednicy

96	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
	a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1-10
	b) w odcinku przednim obustronnie	5-15
	c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10-30
	d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20-40

Uwaga:

Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.

97	Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym, lub bez centralnego zwicznienia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu	oceniać wg pkt 143.
----	--	---------------------

Uwaga:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 146.

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
98	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
	a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1-3
	b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4-8
	c) mnogie złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2-7
	d) mnogie złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5-15

Uwaga:

Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L Uszkodzenia kończyny górnej

	Łopatka	Prawa (dominująca)	Lewa
99	Złamanie łopatki:		
	a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1-5	1-3
	b) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6-12	4-9
	c) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	13-20	10-15
	d) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21-40	16-30

Uwaga:

Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

	Obojczyk	Prawa (dominująca)	Lewa
100	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
	a) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20%	1-8	1-6
	b) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20%	9-20	7-15
101	Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
	a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10-14	8-12
	b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%	15-25	13-20

Uwaga:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 101.

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
102	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
	a) nieznaczne zmiany bez deformacji z ograniczeniem ruchomości do 10% (I°)	1-2	1
	b) niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	3-5	2-3
	c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6-10	4-8
	d) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11-25	9-20
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
103	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się wg poz. 100-102 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	1	
	Bark – staw ramiennie-łopatkowy	Prawa (dominująca)	Lewa
104	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, panewki, szyjki łopatki, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2	1
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-30%	3-11	2-7
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%-50%	12-19	8-14
	d) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20-35	15-30
Uwaga: Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego wygojone sztucznym stawem należy oceniać według punktu 104, nie mniej niż 10%.			
105	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo -ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20-35	15-30
106	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:	5-25	5-20
Uwaga: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Konieczna analiza dokumentacji medycznej i wypadkowej wraz z analizą mechanizmu urazu celem identyfikacji przedmiotowego zdarzenia jako nieszczęśliwego wypadku.			
107	Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń – ocenia się wg norm neurologicznych.			

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
108	Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym):		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	15-30
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu	orzekać według pkt 104 lub 108.	
110	Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się wg poz. 104-109, zwiększając stopień uszczerbku o	5	
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
111	Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym:	70	65
112	Utrata kończyny wraz z łopatką:	75	70
Zakresy ruchomości staw ramienno-łopatkowego • zgięcie 0-180°, wyprost 0-60°, odwodzenie 0-90°, unoszenie 90-180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem • odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°), przywodzenie 0-50°, rotacja zewnętrzna 0-70°, rotacja wewnętrzna 0-100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20-40° zgięcia, 20-50° odwiedzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)			
	Ramię	Prawa (dominująca)	Lewa
113	Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkoworamiennym i łokciowym:		
	a) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym do 30%	1-15	1-10
	b) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	16-30	11-25
	c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 113 a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o	5-15	
114	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
	a) zmiany niewielkie	1-5	1-4
	b) zmiany średnie	6-12	5-9
	c) zmiany duże	13-20	10-15
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.			
115	Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
	a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
	b) przy dłuższych kikutach	65	60
116	Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia	oceniać wg. pkt 114a.	

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
	Staw łokciowy		
117	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2	1
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-20%	3-5	2-4
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
118	Zesztywnienie stawu łokciowego:		
	a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25	20
	b) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26-30	21-25
	c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45	40
	d) w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
119	Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2	1
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-20%	3-5	2-4
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.			
120	Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o	5	
Uwaga: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°-80° (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia).			
	Przedramię	Prawa (dominująca)	Lewa
122	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
	d) usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15-20	10-15
	e) usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym	20-30	15-25
123	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
	a) niewielkie zmiany	1-6	1-5
	b) średnie zmiany	7-15	6-10
	c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16-30	11-25
124	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
	a) nieznaczne zmiany dotyczące jedynie skóry	0,5	0,5
	b) małe zmiany	1-3	1-2
	c) średnie zmiany	4-8	3-6
	d) duże zmiany	9-14	7-11
	e) bardzo duże zmiany	15-20	12-15
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 122, 123, 125, 126.			
125	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
	a) średniego stopnia	10-20	10-15
	b) dużego stopnia	21-35	16-30
Uwaga: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.			
126	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
	a) średniego stopnia	10-25	10-20
	b) dużego stopnia	26-40	21-35
Uwaga: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.			
127	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się wg poz. 122-126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
128	Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-60	50-55
129	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55	50

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
Zakresy ruchomości przedramienia: - nawracanie 0-80°, odwracanie 0-80° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° nawrócenia)			
	Nadgarstek	Prawa (dominująca)	Lewa
130	Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwicnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	0,5-1	0,5
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-30%	2-6	1-5
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
131	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15-20	10-15
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	21-30	16-25
132	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się wg poz. 130-131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
133	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50

Zakresy ruchomości nadgarstka:

zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30°, (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).

	Śródrezcze	Prawe	Lewa
134	Uszkodzenie śródrezcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:		
	a) I kość śródrezcza (w zależności od funkcji kciuka):		
	I. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1-6	1-5
	II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-12	6-9
	III. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13-20	10-15
	b) II kość śródrezcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
	I. z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5	1-3
	II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	6-9	4-6
	III. z ograniczeniem powyżej 60%	10-15	7-10
	c) III kość śródrezcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
	I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
	II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-5	2-4

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawe	Lewa
	d) IV, V kość śródreżcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródreżcza:		
	I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
	II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-4	2
	Kciuk	Prawa (dominująca)	Lewa
135	Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
	a) całkowita utrata opuszki	3	2
	b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5-10	3-6
	c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11-15	7-10
	d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	16-20	11-15
	e) utrata obu paliczków z kością śródreżcza	20-25	15-20
136	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-5	1-3
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26-50%	6-10	4-8
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51-75%	11-15	9-12
	d) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16-20	13-15
	e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródreżcza	20-25	15-20

Uwaga:

Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.

Zakresy ruchomości kciuka:

- staw śródreżczo-palczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- staw międzypalczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- odwodzenie 0-50°
- przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypalczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródreżczo-palczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm
- opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypalczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródreżczo-palczkowych na wysokości III stawu śródreżczo-palczkowego
- pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	Palec wskazujący	Prawa (dominująca)	Lewa
137	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
	a) utrata całkowita opuszki	2	1
	b) utrata paliczka paznokciowego	3-5	2-3
	c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6-9	4-7
	d) utrata paliczka środkowego	10	8
	e) utrata trzech paliczków	15	10
	f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	15-20	10-15
138	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-3	1-2
	b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-40%	4-6	3-4
	c) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41-70%	7-11	5-7
	d) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12-15	8-10
	e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	15-20	10-15
	Palec trzeci, czwarty i piąty	Prawa (dominująca)	Lewa
139	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:		
	a) palec III – utrata całkowita opuszki	1	0,5
	b) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
	c) palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
	d) palec III – utrata trzech paliczków	10	8
	e) palec IV – utrata całkowita opuszki	1	0,5
	f) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	2	1
	g) palec IV – utrata dwóch paliczków	4	2
	h) palec IV – utrata trzech paliczków	7	3
	i) palec V – za utratę każdego paliczka	1	1

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
140	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:		
	a) palec III	12	10
	b) palec IV	9	5
	c) palec V	5	4
141	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:		
	a) palec III:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1-2
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-5	3-4
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-5	1-4
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6-10	5-8
	b) palec IV:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-4	2
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-4	1-2
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5-7	3
	c) palec V:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1	1
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	2	2
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	2	2
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	3	3

Uwaga:

Łączny stopień pourazowego inwalidztwa ręki nie może przekroczyć 55% – prawej i 50% – lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w p.140c.

Zakresy ruchomości – palce II-V:

- staw śródręczno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
M Uszkodzenia kończyny dolnej		
	Staw biodrowy	
142	Utrata kończyny dolnej:	
	a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
	b) odjęcie powyżej ½ uda	60
143	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-12
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	13-24
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25-40
144	Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30-35
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36-45
145	Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
146	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
	a) bez ograniczeń funkcji	15
	b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16-25
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26-45
Uwaga: Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.		
Zakresy ruchomości stawu biodrowego - zgięcie 0-120°, wyprost 0-20°, odwodzenie 0-50°, przywodzenie 0-40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0-45°, rotacja do wewnątrz 0-50°.		
	Udo	
147	Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi kończyny, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
	a) skrócenie w zakresie 1-3 cm bez zmian wtórnych	3-10
	b) skrócenie w zakresie 3,1-5 cm bez zmian wtórnych	11-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21-30
	d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10-15
	e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1-5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16-29
	f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	30-40

Uwaga:

Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w punktach 143 i 154 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach biodrowym i kolanowym z ograniczeniem do 60%.

148	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40-60
149	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
	a) niewielkiego stopnia	1-5
	b) średniego stopnia	6-10
	c) znacznego stopnia	6-10

Uwaga:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.

150	Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5-30
151	Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się wg punktu 147 zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o	5-10
152	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 147-150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10-60

Uwaga:

Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 147-152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.

153	Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotegowania	55-60
	Kolano	
154	Złamanie kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg poz. 155, 156:	
	a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
	b) utrata ruchomości w zakresie 41°-90° za każde 5°	1
	c) utrata ruchomości w zakresie 91°-120° za każde 10° ubytku ruchu	1
	d) zesztynienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	25
	e) zesztynienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
155	Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowa ocena się wg poz. 154.	
	a) niestabilność jednopłaszczyznowa I ^o , z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	2
	b) niestabilność jednopłaszczyznowa II, dwupłaszczyznowa I, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	5-12
	c) niestabilność jednopłaszczyznowa III lub dwupłaszczyznowa II, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	13-19
	d) niestabilność dwupłaszczyznowa III, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	20-25
	e) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	26-35
156	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki, uszkodzenia łąkotec, w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości. Ocenia się wg poz. 154 i/lub 155, zwiększając stopień inwalidztwa o	1-10
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. Patrz analogiczna uwaga do p.106. Należy zwracać uwagę na mechanizm urazu, obrażenia (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie predyspozycji pod postacią zmian anatomicznych lub chorób. Analiza powinna być oparta o pełną dokumentację medyczną.		
Uwaga: Uszkodzenie stawu kolanowego wygojone sztucznym stawem należy oceniać według punktu 154 i 156, nie mniej niż 15%.		
157	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.		
	Podudzie	
158	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
	a) izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm bez zmian wtórnych	2-10
	b) izolowane skrócenie w zakresie 3,1-5 cm bez zmian wtórnych	11-20
	c) izolowane skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21-30
	d) niewielkie zmiany ze skróceniem w zakresie 0-3 cm	3-15
	e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1-5 cm	16-29
	f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30-40
Uwaga: Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w punktach 154 i 162 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach kolanowym i skokowogoleniowym z ograniczeniem do 40%.		
159	Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1-3

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
160	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
	a) nieznaczne zmiany dotyczące jedynie skóry	0,5
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-30%	3-5
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	6-10
	e) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
161	Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
	a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
	b) przy dłuższych kikutach	45-50
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.		
Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa		
162	Uszkodzenie stawu skokowo – goleniowego i skokowo-piętowego: złamania, skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia więzadeł, torebki stawowej itp. – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości, zmian wtórnych i utrzymujących się dolegliwości:	
	a) nieznacznego stopnia zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	0,5
	b) małego stopnia zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-20%	1-4
	c) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
	d) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11-20
	e) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
163	Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
	a) pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
	b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21-30
	c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
164	Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
165	Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statycznodynamicznych stopy i innych powikłań:	
	a) częściowa utrata	20-30
	b) całkowita utrata	30-40
166	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
	a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
	b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
	c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
167	Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statycznie dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
	a) I lub V kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1-4
	II. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5-10
	b) II, III lub IV kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany	1-3
	II. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4-7
	c) złamania dwóch kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	2-10
	d) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3-15
168	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 167 zwiększając stopień inwalidztwa o	5
169	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
	a) zmiany niewielkie	1-4
	b) średnie zmiany	5-10
	c) duże zmiany	11-15
170	Utrata stopy w całości	45
171	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172	Utrata stopy na poziomie stawu Lisfranka	35
173	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20-30

Zakresy ruchomości stawu skokowego

- zgięcie grzbietowe 0-20°, zgięcie podszwowe 0 – 40-50°, nawracanie 0-10°, odwracanie 0-40°, przywodzenie 0-10°, odwodzenie 0-10°

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.		
	Palce stopy	
174	Utrata w zakresie palucha – w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta:	
	a) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-3
	b) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
	c) utrata w obrębie paliczka podstawnego palucha	5-7
	d) utrata paliczka podstawnego palucha	8
175	Inne uszkodzenia palucha – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy, ograniczenia ruchomości:	
	a) nieznaczne zmiany, ograniczenie ruchomości do 10%	0,5
	b) małe zmiany, ograniczenie ruchomości w zakresie 11-30%	1-2
	c) średnie zmiany, ograniczenie ruchomości w zakresie 31-50%	3-4
	d) duże zmiany, ograniczenie ruchomości powyżej 50%	5-7
176	Utrata palucha:	
	a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	9-12
	b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15
	c) wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177	Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:	
	a) częściowa utrata	1
	b) całkowita utrata	2
178	Utrata palca V z kością śródstopia	3-8
179	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	3-5
180	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców:	
	a) średnie i znaczne zmiany w obrębie każdego palca	1
	b) łącznie za wszystkie uszkodzone palce II-V jednej stopy	1-5
Zakresy ruchomości palców stopy • zgięcie 0 – 40° (czynne), 0-60° (bierne) • wyprost 0 – 45°(czynne), 0-80° (bierne)		

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.			
N Uszkodzenia kończyny dolnej			
181	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	Prawa (dominująca)	Lewa
	a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
	b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
	c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
	d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
	e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-35	2-30
	f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-30	2-20
	g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-15
	h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	1-10
	i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-35	2-25
	j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
	k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-25	1-20
	l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-25	5-20
	m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	10-45	5-40
	n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
	o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-15	1-15
	p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-30	1-30
	q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1-20	1-20
	r) nerwu sromowego wspólnego	2-20	2-20
	s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	5-60	5-60
	t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-30	3-30
	u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-20	2-20
	v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	15-60	15-60
	w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10

Uwaga:

Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).

182 Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia

10-40

Uwaga:

W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

Uwagi ogólne:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% uszczerbku, na tułowie za 3% TBSA – 1% uszczerbku.

Skontaktuj się z nami:

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

 **www.nn.pl**

 **info.grupowe@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**