

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

nr OWU/CY14/1/2025



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia – od pn. do pt., godz. 8-20

801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

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

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów	4
Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?	4
Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?	4
Art. 3 Wyłączenia – czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia?	6
Art. 4 Kogo ubezpieczamy?	7
Art. 5 Jak zawrzeć ubezpieczenie?	7
Art. 6 Umowa dodatkowa – kiedy się zaczyna i jak długo trwa?	7
Art. 7 Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli zachorujesz?	7
Art. 8 Jak wypłacamy Świadczenie? Co jest potrzebne?	8
Art. 9 Jakie są Twoje obowiązki?	8
Art. 10 Składka za umowę dodatkową. Jak ją ustalamy?	8
Art. 11 Suma ubezpieczenia – co oznacza?	8
Art. 12 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?	8
Art. 13 Jak zmienić wariant ochrony?	9
Art. 14 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?	9
Art. 15 Zastosowanie Warunków	9
Art. 16 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej	10
Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia	11
Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia	13

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

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

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

nr OWU/CY14/1/2025

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

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

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

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

Kto jest kim w Umowie dodatkowej

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

... oraz inne pojęcia, których używamy:

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

Art. 2 Jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?

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

Tabela Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem

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

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

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

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

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

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

Art. 4 Kogo ubezpieczamy?

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

Art. 5 Jak zawrzeć ubezpieczenie?

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

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

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

Art. 7 Jaką kwotę Ci wypłacimy jeśli zachorujesz?

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

Przykład:

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

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

Art. 8 Jak wypłacamy Świadczenie? Co jest potrzebne?

1. Jeżeli Poważna choroba wystąpi w czasie trwania tej Umowy dodatkowej i spełnia warunki określone w Warunkach Umowy dodatkowej oraz Załączniku nr 2 otrzymujesz prawo do Świadczenia.
2. Jeżeli poinformujesz nas o Poważnej chorobie, to do wykonania wypłaty będziemy potrzebowali od Ciebie następujących dokumentów:
 - a) kopii Twojego dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście Poważnej choroby:
 - i. karty wypisu ze szpitala,
 - ii. dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - iii. dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnej choroby.Możemy poprosić Cię o inne dokumenty, jeśli będą nam potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności.
3. Wypłaty będziemy realizować na zasadach określonych w Warunkach.

Art. 9 Jakie są Twoje obowiązki?

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

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

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

Art. 11 Suma ubezpieczenia – co oznacza?

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

Art. 12 Jak podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia?

1. Suma ubezpieczenia może zostać podwyższona na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o:
 - a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
 - b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym podwyższenie Sumy ubezpieczenia,
 - c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
 - d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, informujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
 - a) możliwości podwyższenia Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
 - b) odmowie podwyższenia Sumy ubezpieczenia na Umowie dodatkowej.

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

Art. 13 Jak zmienić wariant ochrony?

1. Wariant ochrony zostanie zmieniony na podstawie wniosku Właściciela polisy, za Twoją zgodą, po akceptacji przez nas.
2. Nowy wariant ochrony będzie obowiązywał od pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
3. W przypadku zmiany wariantu ochrony na rozszerzony, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla Poważnych chorób, które nie były objęte ochroną wcześniejszym wariantem ochrony przypada w 1. dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
4. Przy zmianie wariantu na rozszerzony ochrony możemy zwrócić się z prośbą o:
 - a) podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia,
 - b) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem Twojego zdrowia w okresie poprzedzającym zmianę wariantu Umowy dodatkowej,
 - c) poddanie się badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbywają się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
 - d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Właściciela polisy.Informacje te są na nam potrzebne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o:
 - a) możliwości zmiany wariantu ochrony na rozszerzony na warunkach szczególnych, odbiegających od złożonego przez Właściciela polisy wniosku,
 - b) odmowie zmiany wariantu ochrony na rozszerzony.
6. Nie można zmienić wariantu na rozszerzony po wystąpieniu Poważnej choroby.
7. Zmiana wariantu na podstawowy jest możliwa po 2 latach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
8. Warunkiem zmiany wariantu jest zachowanie minimalnej Składki ochronnej i minimalnej Składki.
9. Zmiana wariantu powoduje zmianę wysokości składki za tę Umowę dodatkową.
10. Zmiana wariantu jest możliwa tylko z dotychczasową Sumą ubezpieczenia.
11. W przypadku zmiany wariantu ochrony, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w nowym wariantem Umowy dodatkowej przypada w 1. dniu Miesiąca polisowego po dniu akceptacji wniosku przez nas.
12. Zmianę wariantu potwierdzamy Dokumentem ubezpieczenia.

Art. 14 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

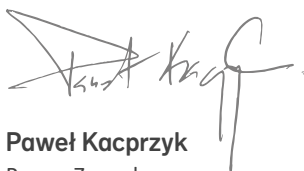
1. Zaproponujemy Ci przedłużenie tej Umowy dodatkowej, jeśli w czasie trwania poprzedniej Umowy dodatkowej nie wystąpiła u Ciebie Poważna choroba, po której łączne Świadczenie wypłacone w Nieprzerwanym okresie ochrony nie osiągnęło wartości 200% Sumy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie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

Art. 15 Zastosowanie Warunków

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

Art. 16 Wejście w życie Warunków Umowy dodatkowej

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



Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia

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

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

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

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia

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

Definicje Poważnych chorób objętych zakresem ochrony

- 1 **Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na: znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników

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

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
- 2 **Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym:** Jednoznaczna diagnoza świeżego udaru mózgu postawiona przez uprawnionego Lekarza specjalistę poparta wynikami badań obrazowych mózgu lub rdzenia kręgowego potwierdzających nieodwracalną martwicę tkanki mózgowej (w tym nerwu wzrokowego) lub rdzenia kręgowego z powodu braku dopływu krwi lub krwotoku do substancji mózgowej, przestrzeni podpajęczynówkowej lub rdzenia kręgowego.

Udar z zajęciem oka wymaga jednoznacznej diagnozy świeżego ostrego zawału siatkówki, w którym występuje trwała i nieodwracalna utrata widzenia z powodu zablokowania przepływu krwi w naczyniach siatkówki. Badanie wzroku w oku dotkniętym chorobą musi wykazać nie poddającą się korekcji utratę ostrości widzenia poniżej 20/200 (<0,1) lub ograniczenie pola widzenia do 20 stopni lub poniżej tej wartości. Udar musi skutkować trwałym deficytem neurologicznym, który jest widoczny w badaniu fizykalnym i utrzymuje się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni po wystąpieniu udaru. Widoczny deficyt neurologiczny musi odpowiadać zmianom anatomicznym w badaniach obrazowych mózgu. Powyższa definicja nie obejmuje:

 - Przejściowego ataku niedokrwinnego (TIA);
 - Udaru z powodu wypadku lub urazu;
 - Bezobjawowego niemego udaru stwierdzonego podczas badań obrazowych.
- 3 **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej.

Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- 4 **Operacja aorty:** operacja chirurgiczna tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności, rozwarstwienia lub uszkodzenia aorty wykonana drogą laparotomii, torakotomii, mikrochirurgii lub technik przezskórnych śródnaczyniowych w celu jej naprawy lub korekcji.

W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Zakres powyższej definicji nie obejmuje:

operacji przeprowadzanych na naczyniach obwodowych w tym między innymi operacji pomostowania aortalno-udowego;

przezskórnych śródnaczyniowych zabiegów z użyciem cewnika wykonywanych wyłącznie w celach diagnostycznych.
- 5 **Operacja zastawki serca (o określonym stopniu nasilenia):** przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Definicja ta obejmuje również minimalnie inwazyjne operacje zastawek serca ('przez dziurkę od klucza'), ze sternotomią lub bez.

Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez Lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.

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

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

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

23	Zapalenie mózgu: infekcja wirusowa lub bakteryjna mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) o ciężkim przebiegu prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przynajmniej 6 tygodni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa. Wirusowe zapalenie mózgu spowodowane wirusem HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
24	Pourazowe uszkodzenie mózgu: nieodwracalne uszkodzenie (martwica) tkanki mózgowej, do powstania którego doszło w wyniku urazu zewnętrznego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, powodujące nieodwracalne ubytki neurologiczne i trwałe symptomy kliniczne. Skutkiem martwicy tkanki mózgowej musi być niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Niezdolność do ich samodzielnego wykonywania musi być potwierdzona przez Lekarza neurologa. Nieszczęśliwy wypadek to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pourazowego uszkodzenia mózgu.
25	Ropień mózgu: miejscowa infekcja tkanki mózgowej prowadząca do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza specjalistę i potwierdzone wynikami badań obrazowych (CT, MRI). Ponadto etiologia bakteryjna lub grzybicza ropnia musi być potwierdzona wynikami badań mikrobiologicznych.
26	Operacja tętniaka mózgu: Leczenie operacyjne neurochirurgiczne poprzez kraniotomię niepękniętego tętniaka naczyń śródczaszkowych.
27	Zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych: Leczenie neuroradiologiczne tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznaczyniowej za pomocą spiral.
28	Przeszczep narządów: przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: <ul style="list-style-type: none"> • serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub • szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
29	Niewydolność nerek: schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
30	Schyłkowa niewydolność wątroby: całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: <ul style="list-style-type: none"> • stałej żółtaczki; • wodobrzusza; • encefalopatii wątrobowej. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.
31	Niedokrwistość aplastyczna: przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: <ul style="list-style-type: none"> • całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³; • liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³; • liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³. Ubezpieczony musi przez okres 3 kolejnych miesięcy być leczony: częstymi przetoczeniami preparatów krwipochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez Lekarza hematologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej.

32	<p>Schyłkowa niewydolność oddechowa: schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową.</p> <p>Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy, • pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii, • ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg ($pO_2 \leq 55$ mmHg), • duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa
33	<p>Śpiączka: stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Stan ten charakteryzuje się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego trwającego nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki będącej wynikiem uzależnienia alkoholowego, narkotykowego oraz śpiączki farmakologicznej.</p>
34	<p>Ciężkie poparzenia: stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia lub poparzenia drugiego stopnia, które łącznie z poparzeniem trzeciego stopnia obejmuje co najmniej 50% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę z podaniem zakresu i stopnia oparzenia.</p>
35	<p>Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby: definiuje się jako masywną martwicę wątroby wywołowaną przez j wirus i prowadzącą gwałtownie do niewydolności wątroby. Diagnoza musi zostać postawiona przez Lekarza specjalistę i poparta wszystkimi poniższymi objawami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szybki spadek wielkości wątroby z martwicą obejmującą całe zraziki wątroby; • szybkie pogorszenie czynności wątroby; • żółtaczka; • encefalopatia wątrobowa.
36	<p>Ciężka sepsa (posocznica): zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach ciśnienia skurczowego poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi Poważnej choroby w rozumieniu niniejszej definicji.</p>
37	<p>Utrata mowy: całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.</p>
38	<p>Utrata wzroku: jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę.</p> <p>Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym</p>
39	<p>Utrata słuchu: jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego.</p> <p>Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.</p>
40	<p>Utrata kończyn: trwała i całkowita utrata dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub powyżej stawu skokowego.</p>

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

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

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

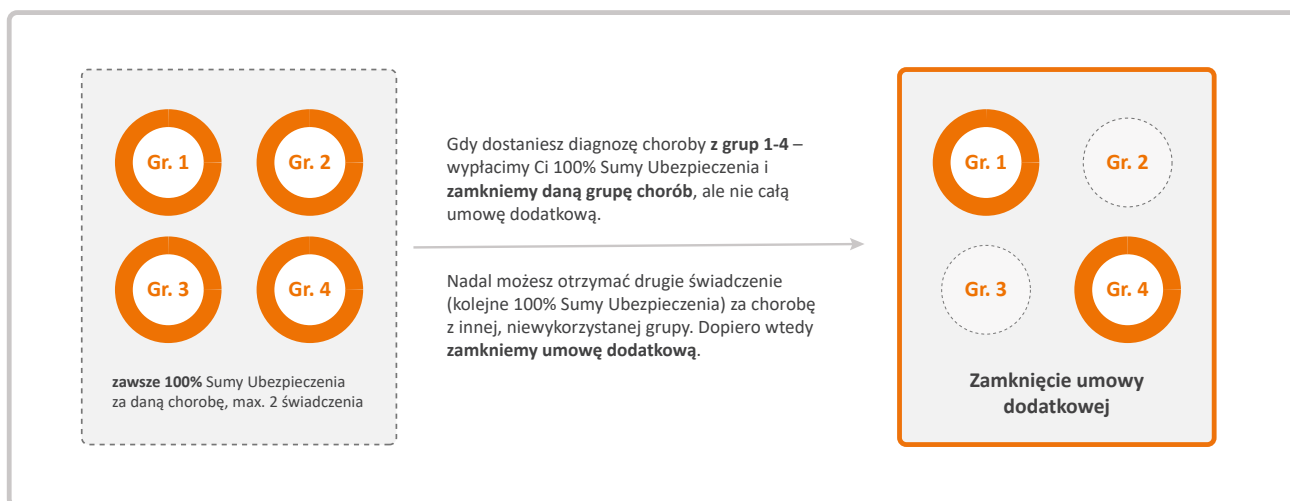
Jak wypłacamy Świadczenie?

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

Wariant podstawowy

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

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

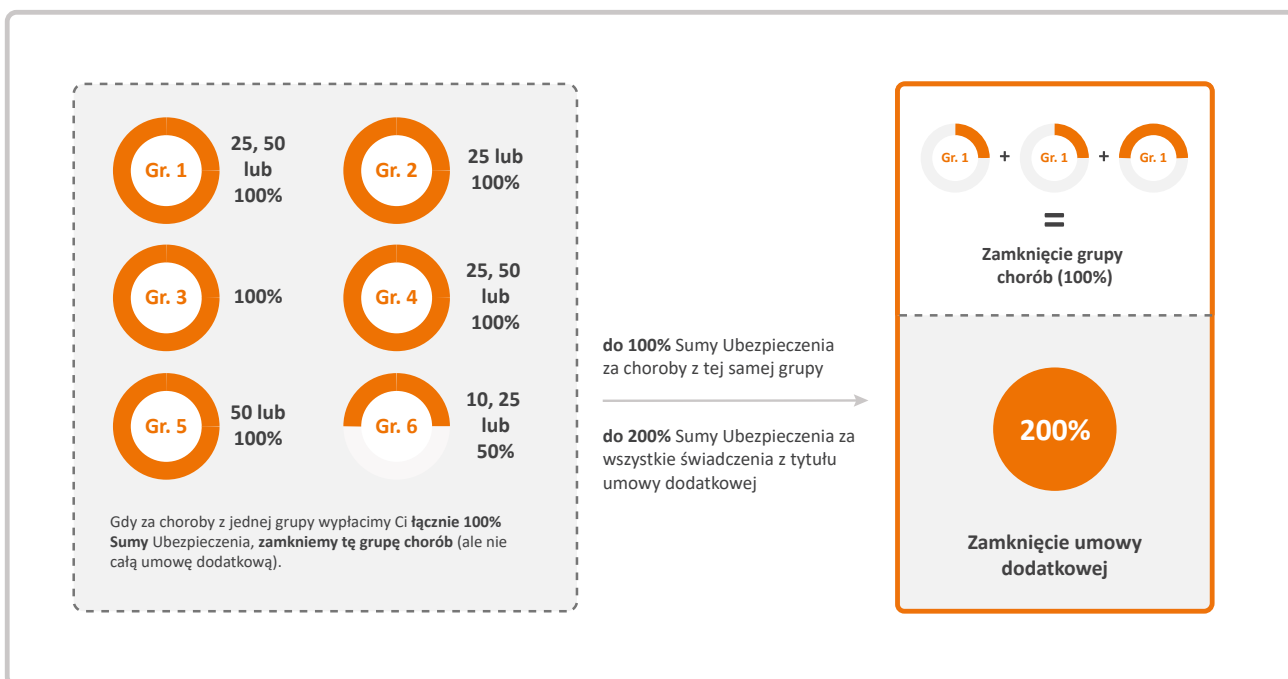


Grupa 1 – choroby kardiologiczne
Grupa 2 – choroby neurologiczne
Grupa 3 – choroby bardzo ciężkie
Grupa 4 – choroby inne

Wariant rozszerzony

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

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



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