



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 751_1018

Ogólne warunki

ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

Pakiet Zdrowotny

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	2
2) Ubezpieczenie zdrowotne	GNFPZ/18/04/01	8
3) Katalog świadczeń zdrowotnych		10

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2, 3, 4 § 12; § 38
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10 ust. 2 pkt 1) § 15 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy § 16; § 17 § 26 ust. 2, 3

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

Warunki zawartej umowy ubezpieczenia określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z Towarzystwem dokumentach.

Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

§ 3

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji Ubezpieczonego.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

§ 4

- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia wniosku najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest poprawnie wypełniony wniosek.

- Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.

- Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia polisę, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją Ubezpieczającemu.

Towarzystwo może poprosić Ubezpieczającego o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagi na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo.

Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

§ 5

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - została opłacona składka w należytą wysokość;
 - został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
 - została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.
- Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w polisie.

Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłacona składka oraz zostaną spełnione pozostałe warunki, o których jest mowa powyżej.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

§ 6

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
 - dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
 - określenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj. zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia, podwyższenia składki, obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych.

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i jest automatycznie przedłużana, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złożą odmiennego oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wieku osoby obejmowanej ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w polisie.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie.

W jaki sposób opłacana jest składka

§ 9

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa składka może być opłacana z inną częstotliwością.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w polisie. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składki.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

§ 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należnej;
 - 2) składka nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa wskazany przez Towarzystwo;
 - 3) składka nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie.
2. W przypadku niezapłacenia całości lub części składki w terminie wymagalności, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości składki, wskazując w wezwaniu co najmniej 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty składki oraz informując o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, to jest:
 - 1) ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa z upływem terminu dodatkowego;
 - 2) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składek. W przypadku nieopłacenia należnej składki w terminie Towarzystwo wezwie do jej opłacenia.

W przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym co najmniej 7-dniowym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie

§ 11

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.

2. Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni niełoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeśli Ubezpieczający złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może proponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiąże się ostatniego dnia roku polisy.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważnił Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaże Ubezpieczającemu pisemną zgodę na proponowane warunki, a Ubezpieczający przekaże ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

! Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo proponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 12

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony otrzyma świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

Uposażony

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej www.axa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przed-

stawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.

3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz Ubezpieczonego – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacane jest w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

III. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA

! W poniższym rozdziale opisaliśmy przypadki, w których ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona lub świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 15

1. *Karencja* określona jest w *polisie*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, nastąpi wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych nastąpi wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że wartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we

krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażywania leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;

- 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, sportów spadochronowych, sportów walki (nie dotyczy rekreacyjnego uprawiania sportów walki) oraz udziału Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego.
4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie *karencji*.
5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie innych osób niż Ubezpieczony, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, *rodziców Ubezpieczonego*, *rodziców współmałżonka*, *dziecka*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 17

W przypadku ujawnienia, że przed datą rozpoczęcia ochrony Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał nieprawdziwe wiadomości, a zwłaszcza zatajona została *choroba Ubezpieczonego*, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

! Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odmową wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa

§ 18

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU, OWUD wraz z załącznikami.
6. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonym, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje o:
 - 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;

- 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.

- ! Do obowiązków Ubezpieczającego należy w szczególności:
- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
 - 2) opłacanie składki zgodnie z warunkami zawartej umowy;
 - 3) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach;
 - 4) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, przekazywanie osobom zainteresowanym przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, gdy Ubezpieczony finansuje składkę, warunków umowy ubezpieczenia.

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu OWU i OWUD;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

§ 20

1. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do zapoznania się z OWU, OWUD oraz zakresem ubezpieczenia (w tym sumami ubezpieczenia).
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych we wniosku.

V. REZYGNAcja, WYPowiedzenie, Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

§ 21

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

- ! Ubezpieczający może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach.

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

§ 22

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając oświadczenie o rezygnacji w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę.

- ! Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

§ 23

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
 - 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia;
 - 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;

- 6) z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
- 7) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
- 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyraziła wolę przedłużenia umowy na kolejny okres.

Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

§ 24

1. Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania umowy wypowiedzieć umowę. Rozwiązanie Umowy następuje na podstawie pisemnego i podpisanego wniosku doręzonego Towarzystwu ze skutkiem na koniec miesiąca polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 25

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązujący mi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę.

Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

§ 26

1. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma możliwość zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki. Wniosek o dokonanie zmian Ubezpieczający zgłasza Towarzystwu najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy. Towarzystwo może określić dodatkowe warunki zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki, wskazując je w polisie.
2. W przypadku gdy w wyniku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się karencję, która wskazywana jest w polisie.
3. W przypadku gdy zmiana zakresu i sum ubezpieczenia wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie karencji, świadczenie ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą zakresu i sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zmiany zakresu i sum ubezpieczenia.

- ! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia jest możliwa, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

VI. UMOWY DODATKOWE

- ! Wszystkie umowy dodatkowe opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich umowy dodatkowe mogą być zawierane, wypowiedzane i rozwiązywane.

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych

- ! Pojęcia zdefiniowane w OWU, używane w poszczególnych OWUD, mają znaczenie nadane im w OWU, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa

§ 27

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

- ! Wszystkie umowy dodatkowe mogą zostać zawarte jako rozszerzenie umowy podstawowej.

W jakim czasie świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach poszczególnych umów dodatkowych

§ 28

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 5 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową

§ 29

Umowa dodatkowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa

§ 30

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

W jaki sposób ustalana jest suma ubezpieczenia i składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 31

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
2. Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu umowy podstawowej.
3. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
4. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu umowy podstawowej.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 32

1. W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które są określone w polisie.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

Postanowienia końcowe

§ 33

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

VII. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 34

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – przesyłką pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;

3) ustnie – telefonicznie pod numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.

5. Reklamacje wnoszą się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w OWU.
12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

W każdym przypadku klient Towarzystwa może wnieść reklamację, w tym skargę lub zażalenie, na działalność Towarzystwa.

14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Informacje o przepisach podatkowych

§ 37

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

IX. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 38

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy polisy nie stanowią inaczej;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w polisie dzień, w którym należy jest Towarzystwu składka;

- 3) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres *karencji* uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki;
- 4) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w *polisie*, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia *Ubezpieczonego* oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w *umowie dodatkowej* – *współmałżonka* lub *dziecka*, rodzica *Ubezpieczonego*, rodzica *współmałżonka*; *zawału serca*, *udaru mózgu* i innych *chorób*, nawet występujących nagle, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;
- 7) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania *umowy ubezpieczenia*, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 8) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośredniego poprzedzającym *rocznicę polisy*;
- 9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *polisie*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczonemu* przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca *umowę ubezpieczenia* i zobowiązana do opłacania składek;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez *Ubezpieczającego* jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;
- 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;
- 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 16) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowy dodatkowe*, wówczas obejmuje również te *umowy dodatkowe*;
- 17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r., zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/29/09/2016 z dnia 29 września 2016 r., nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. oraz nr 1/23/08/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. i wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego

INDEKS GNFPZ/18/04/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

§ 1; § 6; § 9

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego – Katalog świadczeń zdrowotnych

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

§ 3; § 7

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w *formie indywidualnej* jest zdrowie *Ubezpieczonego*, a w przypadku *formy rodzinnej* przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* bądź *partnera* oraz *dzieci* (*współubezpieczonych*).
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje udostępnienie *Ubezpieczonemu* lub *współubezpieczonemu* świadczeń zdrowotnych i pokrycie kosztów tych świadczeń, realizowanych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w *placówkach medycznych* należących do sieci *Partnera Medycznego*.
3. Zakres świadczeń zdrowotnych uzależniony jest od wybranego *wariantu ubezpieczenia*, który został określony w *polisie*.
4. W przypadku *formy rodzinnej współubezpieczeni* są objęci tym samym *wariantem ubezpieczenia* co *Ubezpieczony*.
5. Zakresem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3, objęte są wyłącznie świadczenia medyczne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, w ramach wybranego *wariantu ubezpieczenia*, wykonane w *placówkach medycznych* należących do sieci *Partnera Medycznego*. Wszelkie inne świadczenia medyczne, które nie znajdują się w Katalogu świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego *wariantu ubezpieczenia*, a także te realizowane poza siecią *Partnera Medycznego*, nie są objęte ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
6. Świadczenia medyczne realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci *Partnera Medycznego*, w rozumieniu niniejszych OWUD, których aktualny wykaz znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. Informacje o aktualnej liście placówek medycznych należących do sieci *Partnera Medycznego* można również uzyskać pod numerem infolinii medycznej podanym w *polisie*.

2. Jeżeli warunki, o których mowa w ust. 1, zostały spełnione nie później niż do 5. dnia miesiąca kalendarzowego, *Ubezpieczeni* i *współubezpieczeni* mają prawo do korzystania ze *świadczeń zdrowotnych* od najbliższego 15. dnia miesiąca kalendarzowego. Jeżeli warunki, o których mowa w ust. 1, zostały spełnione nie później niż do 20. dnia miesiąca kalendarzowego, *Ubezpieczeni* i *współubezpieczeni* mają prawo do korzystania ze *świadczeń zdrowotnych* od 1. dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD rozpoczyna się w dniu wskazanym w *polisie*.

! Dzień, od którego można korzystać ze świadczeń zdrowotnych wskazany jest w *polisie*.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu OWUD wygasa:

- 1) w stosunku do *współubezpieczonego* w przypadku jego śmierci – w dniu śmierci *współubezpieczonego*;
- 2) w stosunku do *współubezpieczonych* w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
- 3) w stosunku do *współubezpieczonego* będącego *współmałżonkiem* lub *partnerem* – z upływem ostatniego dnia roku *polisy*, w którym ten *współubezpieczony* ukończył 69. rok życia;
- 4) w stosunku do *współubezpieczonego* będącego *dzieckiem* – w ostatnim dniu roku *polisy*, w którym ten *współubezpieczony* ukończył 25. rok życia.

Czy jest możliwość ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 4

Jeżeli *umowa ubezpieczenia* zostanie uznana za wypowiedzianą przez *Ubezpieczającego*, kolejna *umowa ubezpieczenia* zdrowotnego może być zawarta po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, jednak w terminie nie wcześniejszym niż po 6 miesiącach od dnia ostatniej należnej a nieopłaconej składki za *umowę ubezpieczenia*.

Kiedy można zmienić formę lub wariant ubezpieczenia

§ 5

1. Zmiana formy lub *wariantu ubezpieczenia* możliwa jest w każdą *rocznicę polisy*, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Za zgodą Towarzystwa zmiana formy ubezpieczenia możliwa jest także w innym terminie, pod warunkiem złożenia Towarzystwu wniosku o jej zmianę.
3. Towarzystwo określi datę, od której forma ubezpieczenia zostanie zmieniona.

! Zakres świadczeń zdrowotnych, z których może korzystać *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony*, zależy od wybranego wariantu i jest wskazany w Katalogu świadczeń zdrowotnych.

Od kiedy jest świadczona ochrona ubezpieczeniowa

§ 2

1. *Ubezpieczeni* i *współubezpieczeni* mają prawo do korzystania ze *świadczeń zdrowotnych* po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) opłaceniu składki w należnej wysokości;
 - 2) przekazaniu do Towarzystwa poprawnie wypełnionego wniosku;
 - 3) dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego względem *Ubezpieczonego*.

W jaki sposób realizowane są świadczenia zdrowotne

§ 6

1. W celu uzyskania świadczenia zdrowotnego *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* zobowiązany jest:
 - 1) uzgodnić termin wykonania świadczenia zdrowotnego:
 - a) telefonicznie za pośrednictwem infolinii medycznej lub telefonicznie bezpośrednio z wybraną placówką medyczną, lub
 - b) za pośrednictwem portalu pacjenta, lub
 - c) bezpośrednio w placówce medycznej;
 - 2) w uzgodnionym terminie przybyć do placówki medycznej;
 - 3) okazać w placówce medycznej e-Kartę wraz z:
 - a) dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości ze zdjęciem – w przypadku obywateli polskich,
 - b) paszportem lub kartą pobytu – w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego.
2. *Ubezpieczony* i *współubezpieczony* zobowiązani są do:
 - 1) przestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 2) przestrzegania zasad dotyczących pracy w placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych;
 - 3) informowania Towarzystwa o wszelkich zmianach danych osobowych.

W celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych należy zadzwonić na infolinię medyczną, której numer znajduje się w polisie. Istnieje również możliwość umówienia się na konsultację lekarską za pośrednictwem portalu pacjenta.

3. W razie braku możliwości realizacji świadczenia zdrowotnego, objętego zakresem ubezpieczenia, w sieci *Partnera Medycznego* w terminie wynikającym z załącznika do niniejszych OWUD, *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* ma możliwość skorzystania z danego świadczenia zdrowotnego poza siecią *Partnera Medycznego*.
4. W sytuacji opisanej w ust. 3 wymagany jest kontakt z infolinią medyczną *Partnera Medycznego*, która wskazuje sposób realizacji świadczenia zdrowotnego. Na podstawie tego zgłoszenia *Partner Medyczny* zwraca poniesione koszty świadczeń zdrowotnych objętych zakresem ubezpieczenia.
5. *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* otrzyma zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty otrzymania faktury przez *Partnera Medycznego*.

Zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych zrealizowanych poza siecią *Partnera Medycznego* przysługuje wyłącznie w sytuacji, gdy nie ma możliwości realizacji świadczeń w terminie wskazanym w załączniku do OWUD, pod warunkiem uprzedniego uzgodnienia tego sposobu postępowania z infolinią *Partnera Medycznego*.

Kiedy nie zostanie zrealizowane świadczenie zdrowotne

§ 7

1. Świadczenia zdrowotne na rzecz *Ubezpiezonego* lub *współubezpiezonego* z tytułu niniejszych OWUD nie zostaną zrealizowane, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika z:
 - 1) niestosowania się do zaleceń lekarskich;
 - 2) leczenia uzależnień;
 - 3) leczenia niepłodności;
 - 4) leczenia wad wrodzonych lub wrodzonych chorób metabolicznych oraz ich następstw;
 - 5) sytuacji wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe;
 - 6) leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS.
2. Jeżeli w okresie 24 miesięcy, poprzedzających bezpośrednio datę podpiśnięcia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, u *Ubezpiezonego* lub *współubezpiezonego* rozpoznano lub był on leczony z powodu:
 - 1) zawału serca;
 - 2) niewydolności krążenia;
 - 3) udaru lub wylewu (wewnątrzkrążkowy lub podpajęczynówkowy);
 - 4) nowotworu złośliwego;
 - 5) cukrzycy typu I;
 - 6) marskości wątroby;
 - 7) nosicielstwa wirusa HIV lub zespołu AIDS;
 - 8) stwardnienia rozsianego;
 - 9) choroby Alzheimera,nie przysługuje mu dostęp do świadczeń zdrowotnych z tytułu powyższych chorób.
3. Towarzystwo nie odpowiada za:
 - 1) błędy w sztuce lekarskiej, popełnione przez lekarzy placówek medycznych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych;

- 2) błędy wynikające z nienależycie prowadzonej przez placówki medyczne dokumentacji medycznej, o ile okoliczność ta miała związek z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- 3) utrudnienia wynikające z uczestnictwa personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegających na nieudzieleniu świadczeń zdrowotnych lub opóźnieniu w realizacji świadczeń zdrowotnych.

Ważne! Zwróć uwagę na wymienione okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczeń.

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 8

Towarzystwo ma prawo dokonywania zmiany placówek medycznych. Zmiana ta nie powoduje zmiany umowy ubezpieczenia.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 9

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu *Ubezpiezonego* na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju *Ubezpiezonego*;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpiezonego* lub jego *współmałżonka* bądź *partnera*, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **e-Karta pacjenta (e-Karta)** – imienna karta identyfikacyjna udostępniona w formie elektronicznej *Ubezpieczonemu* lub *współubezpieczonemu* przez *Partnera Medycznego* za pośrednictwem portalu pacjenta; e-Karta może być wydrukowana lub wyświetlana na urządzeniu mobilnym *Ubezpiezonego* lub *współubezpiezonego*, zapewniającym prawidłowy odczyt e-Karty, a wraz z innymi dokumentami wskazanymi w OWUD potwierdza uprawnienie *Ubezpiezonego* lub *współubezpiezonego* do korzystania ze świadczeń zdrowotnych; Regulamin e-Karty znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa;
- 4) **forma indywidualna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie *Ubezpieczony*;
- 5) **forma rodzinna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęci są *Ubezpieczony*, jego *współmałżonek* bądź *partner* oraz *dzieci*;
- 6) **partner** – osoba fizyczna wskazana we wniosku ubezpieczeniowym, pozostająca w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego w trwałym wspólnym pożyciu z *Ubezpieczonym* oraz prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 7) **Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz *Ubezpieczonych* w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 8) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, należąca do sieci *Partnera Medycznego*; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od alkoholu, narkotyków, leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego ani ośrodka spa;
- 9) **portal pacjenta** – usługa elektroniczna świadczona przez *Partnera Medycznego* *Ubezpieczonym* i *współubezpieczonym*, dostępna pod adresem internetowym wskazanym w Regulaminie e-Karty, w ramach której *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* ma możliwość między innymi umawiania i odwoływania wizyt, podglądu wizyt zarejestrowanych i odbytych oraz wystawiania skierowań, dostępu do e-Karty oraz innych funkcjonalności udostępnionych przez *Partnera Medycznego*;
- 10) **świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne określone w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik do OWUD, do realizacji których ma prawo *Ubezpieczony* lub *współubezpieczony* zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia, określonym w polisie;
- 11) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez *Ubezpieczającego* i wskazany w polisie zakres świadczeń zdrowotnych obejmujący określone świadczenia z Katalogu świadczeń zdrowotnych;
- 12) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
- 13) **współubezpieczony** – *współmałżonek* bądź *partner* oraz *dziecko*.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Towarzystwa nr 2/05/04/2018 z dnia 5 kwietnia 2018 r. i wchodzi w życie z dniem 25 maja 2018 r.

Katalog świadczeń zdrowotnych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
1. Podstawowa opieka lekarska		
Konsultacje lekarskie w ramach podstawowej opieki lekarskiej realizowane są w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego Partnerowi Medycznemu</i> , o ile <i>Ubezpieczony</i> lub <i>współubezpieczony</i> nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.		
internista	■	■
pediatra	■	■
lekarz medycyny rodzinnej	■	■
2. Konsultacje lekarzy specjalistów		
Konsultacje lekarzy specjalistów realizowane są w ciągu 5 dni od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego Partnerowi Medycznemu</i> , zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy <i>placówki medycznej</i> należącej do sieci <i>Partnera Medycznego</i> , o ile <i>Ubezpieczony</i> lub <i>współubezpieczony</i> nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dotyczy tylko dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Świadczenie nie obejmuje: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.		
chirurg ogólny	■	■
dermatolog	■	■
kardiolog	■	■
okulista	■	■
laryngolog	■	■
ginekolog (z wyłączeniem leczenia niepłodności)	■	■
alergolog		■
anestezjolog		■
pulmonolog		■
diabetolog		■
endokrynolog		■
gastrolog		■
hematolog		■
nefrolog		■
neurolog		■
onkolog		■
ortopeda i traumatolog		■
psychiatra (3 konsultacje w każdym roku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej względem danego <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i>); nie obejmują zajęć terapeutycznych		■
radiolog		■
reumatolog		■
urolog		■
3. Konsultacje profesorskie		
w pełnym zakresie, w każdym przypadku gdy na konsultację kieruje prowadzący specjalista w ramach usługi „Konsultacje lekarzy specjalistów”. Usługa dostępna jest w <i>placówkach medycznych</i> wskazanych przez <i>Partnera Medycznego</i>		■

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
4. Coroczny bilans monitorujący rozwój dziecka	■	■
5. Zabiegowa opieka pielęgniarska Zabiegi wykonywane są na zlecenie, zgodnie ze wskazaniami lekarza <i>placówki medycznej</i> należącej do sieci <i>Partnera Medycznego</i> .		
iniekcje (domięśniowe, dożylnie, podskórne, podanie anatoksyny przeciwężcowej), założenie lub zmiana prostego opatrunku, usunięcie szwów, badanie EKG spoczynkowe (12 odprowadzeń), pomiar ciśnienia krwi, badanie ogólne moczu metodą paskową, próba uczuleniowa na lek, cholesterol + cukier metodą paskową	■	■
6. Domowa opieka pielęgniarska Zabiegi wykonywane są na zlecenie lekarza <i>placówki medycznej</i> należącej do sieci <i>Partnera Medycznego</i> .		
6.1. wykonanie iniekcji domięśniowo, dożylnie lub podskórnie (maksymalnie przez 10 dni jeden raz dziennie lub przez maksymalnie 5 dni 2 razy dziennie w każdym roku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej względem danego <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i>)		■
6.2. oznaczenie poziomu glukozy (maksymalnie przez 10 dni jeden raz dziennie lub przez maksymalnie 5 dni 2 razy dziennie w każdym roku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej względem danego <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i>)		■
7. Zabiegi ambulatoryjne Zabiegi wykonywane są na zlecenie lekarza <i>placówki medycznej</i> należącej do sieci <i>Partnera Medycznego</i> .		
7.1. dermatologia: elektrokoagulacje i zabiegi kriochirurgiczne		■
7.2. alergologia:		
odczulanie (koszty leku ponosi <i>Ubezpieczony</i> lub <i>współubezpieczony</i>)		■
alergiczne testy skórne, testy skórne metodą nakłuć – panel wziewny 20 punktów (alergenów), panel pokarmowy 20 punktów (alergenów)		■
7.3. ortopedia: blokada dostawowa, założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego		■
8. Prowadzenie ciąży Świadczenie obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza <i>placówki</i> własnej <i>Partnera Medycznego</i> , składające się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu w następującym zakresie:		
konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży glukoza na czczo, glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie, glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach, grupa krwi ABO, Rh, przeciwciała – przeglądowe, estriol wolny, HBs Ab / przeciwciała, HBsAg / antygen, HCVAb / przeciwciała, HIV I / HIV II, moc – badanie ogólne, morfologia + płytki + rozmaz automatyczny, przeciwciała odpornościowe – przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje przeciwciała anty Rh(-)), różyczka IgG, różyczka IgM, serologia kłby – podstawowa (VDRL lub USR lub anty-TP) standardowa* cytologia szyjki macicy, toksoplazmoza IgG, toksoplazmoza IgM, total beta-hCG, wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowców hemolizujących z gr. B (GBS), wymaz z pochwy w kierunku GBS, posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z pochwy, posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z kanału szyjki macicy USG ciąży, USG ciąży transwaginalne, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne transwaginalne Uwaga: Świadczenie nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Wymieniony wyżej zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza zakresu ubezpieczenia, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży <i>Ubezpieczonej</i> lub <i>współubezpieczonej</i> wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym zakresem świadczeń.		■
9. Wizyty domowe 24/7		
Wizyty domowe realizowane są przez lekarzy podstawowej opieki lekarskiej wyłącznie w przypadkach, gdy istnieje medyczne uzasadnienie braku możliwości odbycia przez <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i> konsultacji w <i>placówce medycznej</i> należącej do sieci <i>Partnera Medycznego</i> . Wskazaniem do wizyty domowej nie są w szczególności: – potrzeba odbycia wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoznany leczeniem, – zapotrzebowanie na recepty na leki stosowane w sposób ciągły w związku z przewlekłą chorobą, – zapotrzebowanie na zaświadczenia lub skierowanie lekarskie, – problemy organizacyjne w dotarciu do <i>placówki medycznej</i> . Zasięg terytorialny wizyt domowych wskazany jest w tabeli miejscowości znajdującej się na stronie internetowej <i>Partnera Medycznego</i> .		■
10. Badania laboratoryjne Badania laboratoryjne realizowane ze wskazań medycznych, po uzyskaniu skierowania od lekarza <i>placówki medycznej</i> należącej do sieci <i>Partnera Medycznego</i> .		
10.1. hematologia:		
morfologia krwi z rozmazem automatycznym, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (czas K-K, APTT), czas protrombinowy Quicka (PT)	■	■

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
układu krzepnięcia		■
10.2. biochemiczne:		
amylaza, białko całkowite, bilirubina całkowita, transaminazy, cholesterol całkowity, lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)	■	■
albumina, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), białko – proteino-gram, białko C-reaktywne (CRP), chlorki (Cl)		■
10.3. enzymatyczne:		
fosfataza alkaliczna, fosfataza kwaśna, fosfataza sterczowa, glukoza, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), sód (Na), magnez (Mg), wapń (Ca), żelazo (Fe)	■	■
kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB), trójglicerydy, żelazo – całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)		■
10.4. badanie moczu:		
ogólne badanie moczu	■	■
dobowa zbiórka moczu (kreatynina, kwas moczowy, diastaza, wapń), skład chemiczny kamieni nerkowych		■
10.5. badanie kału:		
ogólne badanie kału	■	■
pasożyty/jaja pasożytów w kale		■
10.6. badania hormonalne i metaboliczne:		
hormon tyreotropowy (TSH)	■	■
antygen swoisty dla stercza (PSA)	■	■
estradiol, F(wolne) alfa HCG, gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG), gonadotropina kosmówkowa (alfa-HCG), hormon luteinizujący (LH), insulina, kortyzol, progesteron, prolaktyna, T ₃ całkowite, fT ₃ , T ₄ całkowite, fT ₄ , testosteron, Tg (tyreoglobulina)		■
10.7. serologiczne:		
oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, D, przeciwciała Rh, HIV I/II		■
10.8. immunologiczne:		
immunoglobuliny A (IgA), immunoglobuliny E całkowite (IgE), immunoglobuliny M (IgM), przeciwciała anty-HAV (total), przeciwciała anty-HBV (HBs, HBc), przeciwciała anty-HCV, przeciwciała p. bakteriom H. Pylori, przeciwciała p. bakteriom Borelia (metodą Elisa), przeciwciała p. bakteriom Chlamydia, przeciwciała p. cytomegalii (IgG, IgM), przeciwciała p. różyczce (IgG, IgM), przeciwciała p. toksoplazmozie		■
10.9. badania mikrobiologiczne:		
posiew ogólny moczu w kierunku tlenowej flory bakteryjnej, wymazy z odbytu i posiewy kału w kierunku tlenowej flory bakteryjnej oraz szczepów Salmonella i Shigella, badanie kału na nosicielstwo szczepów Salmonella i Shigella, wymazy i posiewy ginekologiczne w kierunku tlenowej flory bakteryjnej, badania mykologiczne skóry i paznokci		■
10.10. badania cytologiczne:		
cytologia ginekologiczna		■
10.11. inne:		
antygen HBs, RF, HBS-Ag, AFP (alfafetoproteiny), CA-125, CA-15-3, CA-19-9, CEA (antygen karcynoembryonalny)		■
11. Badania radiologiczne Badania radiologiczne realizowane ze wskazań medycznych, po uzyskaniu skierowania od lekarza placówki medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego.		
11.1. RTG klasyczne: czaszki, zatoki i zębów, ślinianek podżuchwowych, klatki piersiowej (a-p, boczne i z kontrastem), klatki piersiowej warstwowe (tomogram), jamy brzusznej – przeglądowe, przełyku, żołądka i dwunastnicy, miednicy, kręgosłupa (szyjnego, piersiowego i lędźwiowego), stawów i/lub kości długich)		■
11.2. wlew doodbytniczy – badanie z kontrastem		■
11.3. urografia – badanie z kontrastem		■

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
11.4. mammografia		■
11.5. densytometria		■
11.6. CT – tomografia komputerowa z kontrastem z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej: głowy (mózgoczaszki, twarzoczaszki, przysadki, ucha środkowego i wewnętrznego), szyi i klatki piersiowej, jamy brzusznej (do rozwidlenia aorty, trzustki, nadnerczy) i miednicy, kości długich, kręgosłupa i stawów		■
11.7. NMR – rezonans magnetyczny z kontrastem z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej: głowy (mózgoczaszki, twarzoczaszki, przysadki, ucha środkowego i wewnętrznego), szyi i klatki piersiowej, jamy brzusznej (do rozwidlenia aorty, trzustki, nadnerczy) i miednicy, kości długich, kręgosłupa i stawów		■
11.8. USG		
ultrasonografia klasyczna: narządów jamy brzusznej, ginekologiczno-położnicza, narządów ruchu (stawów), innych narządów (jąder, tarczycy, ślinianek, piersi)		■
biopsja cienkoigłowa: tarczycy pod kontrolą USG, piersi pod kontrolą USG, gruczołu krokowego pod kontrolą USG		■
sondy transkorporalne: narządów rodnych (transwaginalne), gruczołu krokowego (transrektalne)		■
UKG – echokardiografia: badanie USG serca metodą kolorowego Dopplera		■
ultrasonografia metodą Dopplera: badanie dopplerowskie tętnic nerkowych, badanie dopplerowskie tętnic kończyn, badanie dopplerowskie żył kończyn, badanie dopplerowskie tętnic domózgowych		■
12. Badania endoskopowe Badania endoskopowe realizowane ze wskazań medycznych, po uzyskaniu skierowania od lekarza placówki medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego.		
12.1. endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego		■
12.2. endoskopia dolnego odcinka przewodu pokarmowego: rektoskopia, sigmoidoskopia		■
13. Badania czynnościowe Badania czynnościowe realizowane ze wskazań medycznych, po uzyskaniu skierowania od lekarza placówki medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego.		
13.1. układu krążenia:		
EKG spoczynkowe, 12 odprowadzeń	■	■
24-godzinna rejestracja EKG (badanie metodą Holtera), 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi (Holter RR)		■
13.2. układu nerwowego: elektroencefalografia (EEG)		■
13.3. okulistyczne: komputerowe badanie pola widzenia		■
13.4. układu oddechowego: spirometria bez leku / spirometria w warunkach podstawowych	■	■
13.5. narządu słuchu: audiometria		■
14. Rehabilitacja Zestaw procedur fizjoterapeutycznych dobieranych według wskazań lekarskich i oceny efektywności przez lekarzy Partnera Medycznego w 10-dniowym cyklu leczniczym z intensywnością do 2 zabiegów dziennie, w każdym roku obowiązywania względem Ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej. Rehabilitacja nie jest realizowana w związku z chorobami przewlekłymi, wadami wrodzonymi, zaburzeniami neurorozwojowymi oraz rehabilitacją po zabiegach operacyjnych.		
14.1. kinezyterapia:		
ćwiczenia instruktażowe, terapia indywidualna, ćwiczenia usprawniające, wyciąg tradycyjny		■
14.2. fizykoterapia:		
elektroterapia: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Traeberta		■
magnetoterapia: pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości, pole elektromagnetyczne małej częstotliwości		■
terapia ultradźwiękowa miejscowa i fonoforeza		■
terapia skojarzona – ultradźwięki + prądy		■
krioterapia miejscowa		■
laseroterapia		■

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	Podstawowy	Rozszerzony
15. Szczepienia		
szczepienie p. grypie – 1 raz w każdym roku obowiązywania względem <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i> ochrony ubezpieczeniowej		■
16. Opieka stomatologiczna		
16.1. profilaktyczny przegląd stomatologiczny, indywidualne zalecenia profilaktyki stomatologicznej – 2 razy w każdym roku obowiązywania względem <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i> ochrony ubezpieczeniowej		■
16.2. zdjęcie RTG zęba		■
17. 10% rabatu na pozostałe świadczenia zdrowotne realizowane na rzecz <i>Ubezpieczonego</i> lub <i>współubezpieczonego</i> w placówkach własnych <i>Partnera Medycznego</i> .		