



Kod dokumentu: 725_0719

Ogólne warunki

ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	1
2) Medycyna bez granic – Best Doctors	GNFBDU/19/09/01	7

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.

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.



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

! Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest poprawnie wypełniony wniosek.

4. Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. 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

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) została opłacona składka w należytnej wysokości;
 - 2) został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
 - 3) została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.
2. 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

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - 1) udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
 - 2) dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - 3) skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
 - 3) 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 objętej 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 należytnej;
 - 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 należytnej 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 proponować 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 Ubezpieczającyłoży 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 rozwiązuje 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 przekaze Ubezpiecza-

jącego pisemną zgodę na proponowane warunki, a *Ubezpieczający* przekazuje 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 zaproponuje 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 *Ubezpiezonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

❗ W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* *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 *Ubezpiezonego*.
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 *Ubezpiezonego* nie zostanie wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci *Ubezpiezonego*.
4. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpiezonego* albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługujące pozostałym *Uposażonym* proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpiezonego* nie ma *Uposażonych* albo wskazanie *Uposażonego* stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługujące spadkobiercom ustawowym *Ubezpiezonego*.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią *Ubezpiezonego* 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 przedstawiciela 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 *Ubezpiezonego* – 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 *Ubezpiezonego* – 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 *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpiezonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpiezonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych nastąpi wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpiezonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpiezonego* alkoholu w ilości powodującej, że zawartość 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 zażycia 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 *Ubezpiezonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) uprawiania przez *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpiezonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekką atletyką i pływaniem;
 - 4) pełnienia przez *Ubezpiezonego* służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpieczonemu*, 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 ustalane 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 wyrazi wolę nieprzedłużenia *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 doręczonego 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 obowiązującymi 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 Ubezpiezonego, 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, wypowiadane 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 wnosi 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 zażenia 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.

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 35

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Za zgodą Stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
2. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w ust. 1, wymaga pisemnej akceptacji przez obie Strony umowy.
3. O ile OWU nie stanowią inaczej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
5. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

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 należała 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, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną 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 przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 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 Medycyna bez granic – Best Doctors

INDEKS GNFBUD/19/09/01

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 GNFB/16/02/01

§ 1 ust. 1, 2, 3; § 2; § 3; § 4; § 8

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

§ 6

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 jest zdrowie *Ubezpieczonego*.



Definicja *Ubezpieczonego* znajduje się w § 8 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *poważne stany chorobowe* spowodowane:
 - 1) chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej lub
 - 2) nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia:
 - 1) Drugiej opinii medycznej,
 - 2) Opieki medycznej za granicą,
 - 3) Opieki ambulatoryjnej w RP,realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*.



Definicja *poważnego stanu chorobowego* znajduje się w § 8 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach będą realizowane świadczenia ubezpieczeniowe Drugiej opinii medycznej, Opieki medycznej za granicą oraz Opieki ambulatoryjnej w RP

§ 2

W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnego stanu chorobowego* lub choroby, będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w postaci realizacji poniższych świadczeń:

- 1) **Drugiej opinii medycznej** – świadczenia ubezpieczeniowego organizowanego za pośrednictwem *Further*, polegającego na przygotowaniu dla *Ubezpieczonego* raportu sporządzonego przez *eksperta medycznego*, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez *Ubezpieczonego*; raport *eksperta medycznego* zawiera dodatkową opinię na temat *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*;
- 2) **Opieki medycznej za granicą** – świadczenia ubezpieczeniowego realizowanego za pośrednictwem *Further*, polegającego na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, pod warunkiem że raport przygotowany przez *eksperta medycznego* w ramach *Drugiej opinii medycznej* potwierdzi wystąpienie objętego ubezpieczeniem *poważnego stanu chorobowego* oraz wskaże możliwość dalszego leczenia;
- 3) **Opieki ambulatoryjnej w RP** – świadczenia ubezpieczeniowego realizowanego za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA*, polegającego na

organizacji i pokryciu kosztów świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w *placówkach medycznych* należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*; świadczenia realizowane są po powrocie *Ubezpieczonego* na terytorium RP, pod warunkiem że *Ubezpieczony* poddał się leczeniu za granicą RP w ramach *Opieki medycznej za granicą*.



Ubezpieczonemu przysługuje prawo skorzystania ze świadczenia *Drugiej opinii medycznej*, *Opieki medycznej za granicą* oraz *Opieki ambulatoryjnej w RP* w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*. Świadczenia realizowane są za pośrednictwem *Further* lub *Partnera Medycznego AXA*.

Na czym polegają poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe

§ 3



Poniżej znajduje się opis poszczególnych świadczeń, które dostępne są w ramach niniejszych OWUD.

1. Druga opinia medyczna

Świadczenie *Drugiej opinii medycznej* zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących czynności:

- 1) udzielenia *Ubezpieczonemu* informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej przygotowanie raportu *eksperta medycznego*;
- 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie – ponownej oceny histopatologicznej, co oznacza wykonanie ponownych badań tkanek pobranych od *Ubezpieczonego* do postawienia diagnozy;
- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia *Ubezpieczonego*, niezbędnej do przygotowania raportu *eksperta medycznego*;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej *ekspertowi medycznemu*;
- 5) sporządzenia raportu *eksperta medycznego*, zawierającego:
 - a) opinię *eksperta medycznego* na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez *eksperta medycznego*,
 - c) odpowiedzi na pytania *Ubezpieczonego* dotyczące jego przypadku medycznego,
- 6) wydania raportu przez *eksperta medycznego*;
- 7) przetłumaczenia raportu *eksperta medycznego* na język polski;
- 8) udostępnienia raportu *eksperta medycznego Ubezpieczonemu*.



Świadczenie *Drugiej opinii medycznej* zapewnia organizację i pokrycie kosztów czynności związanych z wydaniem raportu przez *eksperta medycznego* oraz przetłumaczenie raportu na język polski.

2. Opieka medyczna za granicą

Further organizuje i pokrywa poniżej wymienione koszty powstałe w związku z objętymi ubezpieczeniem poważnymi stanami chorobowymi, do wysokości sumy ubezpieczenia i limitów określonych w polisie.

Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz:

1) pokrycie kosztów leczenia za granicą RP:

- a) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu:
 - zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie hospitalizacji Ubezpieczonego, pobytu Ubezpieczonego na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - dodatkowego łóżka związanego z pobytom w szpitalu osoby towarzyszącej, w przypadku jeżeli szpital udostępni taką usługę,
 - wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezyjologicznej;
- b) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodku pomocy, pod warunkiem że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytom Ubezpieczonego w szpitalu;
- c) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji;
- d) wizyt lekarskich podczas hospitalizacji;
- e) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa;
- f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych uzasadnionych z medycznego punktu widzenia, zleconych przez lekarza, w szczególności: badań rentgenowskich, tomografii komputerowej, rezonansów magnetycznych, elektrokardiograficznych, EKG;
- g) radioterapii, chemioterapii, izotopów promieniotwórczych;
- h) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
- i) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
- j) leków przepisanych przez lekarza po hospitalizacji związanej z leczeniem poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą RP w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą RP pod warunkiem że leki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium RP;
- k) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza oraz zaakceptowany i zorganizowany przez Further;
- l) związanych z hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności kosztów:
 - postępowania wyjaśniającego, na terytorium RP w celu potwierdzenia zgodności tkankowej (możliwości pobrania narządu od potencjalnego dawcy),
 - zakwaterowania w pokoju lub na oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
 - opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej podczas hospitalizacji,
 - badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza,
 - operacji i opieki medycznej związanej z pobraniem narządu lub tkanki do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
- m) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem szpiku kostnego Ubezpieczonemu, pod warunkiem że były one poniesione za granicą RP po dacie wskazanej we Wstępnym certyfikacie leczenia;

2) pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą:

- a) Further organizuje i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicą RP w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej, potwierdzonej we Wstępnym certyfikacie leczenia;
- b) Further jest odpowiedzialna za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
- c) w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Further, zmieni datę podróży, o której mowa w lit. b) powyżej, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu Further kosztów związanych z organizacją i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży;
- d) koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
 - transport Ubezpieczonego z jego miejsca pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,
 - transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
- e) w przypadkach uzasadnionych medycznie Further organizuje i pokrywa koszty transportu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) lit. k);

3) pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy:

- a) Further organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów, w związku z ich pobytom w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego poza terytorium RP w ramach Opieki medycznej za granicą;
- b) Further jest odpowiedzialna za organizację zakwaterowania; ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie;
- c) Further ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
- d) w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Further, zmieni datę zakwaterowania, o której mowa w lit. c), będzie zobowiązany do zwrotu Further kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania;
- e) ustalenia dotyczące zakwaterowania obejmują zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (o wyborze hotelu będzie decydowała odległość od szpitala lub lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km);
- f) wszystkie posiłki i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem; podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe;

4) pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy:

- a) Further organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez Further procesu leczenia za granicą RP;
- b) koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium RP;

5) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w szpitalu:

- a) Further wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas leczenia Ubezpieczonego za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą, w kwocie określonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia;
- b) Further wypłaci świadczenie za okres nieprzekraczający 60 dni na każdy poważny stan chorobowy;

6) zwrot kosztów poniesionych na zakup leków po powrocie na terytorium RP:

- a) w przypadku gdy Ubezpieczony był hospitalizowany za granicą RP w ramach procesu leczenia organizowanego przez Further przez okres dłuższy niż 3 dni, Further zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup leków, po powrocie na terytorium RP;
- b) koszty, o których mowa w lit. a), dotyczą leków:
 - zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP jako kontynuacja prowadzonego leczenia,
 - dopuszczonych do obrotu na terytorium RP,
 - przepisanych przez lekarza pracującego na terytorium RP,
 - zakupionych na terytorium RP,
 - przepisanych w dawce pozwalającej na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące;
- c) ubezpieczeniem nie są objęte koszty leków w części refundowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia;
- d) ubezpieczeniem nie są objęte koszty procedur medycznych związanych z podaniem leków.

! Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz pokrycie kosztów związanych z leczeniem za granicą RP podróżą lub transportem medycznym czy zakwaterowaniem Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy.

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP, pod warunkiem że Ubezpieczony był leczony za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.
- 2) Ubezpieczony ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP, określonej w polisie.
- 3) Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - a) badanie PET;
 - b) badania laboratoryjne:
 - hematologiczne,
 - krzepliwości,
 - biochemiczne i enzymatyczne,
 - immunologiczne,
 - moczu i kału,
 - serologiczne,
 - hormonalne i metaboliczne,
 - mikrobiologiczne,
 - markery nowotworowe,
 - cytologiczne,
 - c) biopsje i badania endoskopowe;
 - d) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;

- e) tomografię komputerową z kontrastem lub bez;
 - f) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
 - g) ultrasonografię;
 - h) rehabilitację;
 - i) konsultacje lekarzy specjalistów.
- 4) Opieka ambulatoryjna w RP obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu 24 miesięcy od daty wskazanej w pierwszym Wstępnym certyfikacie leczenia.
- 5) Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer wskazany jest w polisie.

W ramach świadczenia *Opieki ambulatoryjnej w RP Ubezpieczony* ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP do wysokości sumy ubezpieczenia, o ile był leczony za granicą RP w ramach *Opieki medycznej za granicą*.

W jaki sposób realizowane są świadczenia

§ 4

1. Druga opinia medyczna

- 1) W przypadku zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego, *Ubezpieczony* powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w polisie lub innym dokumencie ubezpieczeniowym oraz podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL,
 - c) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - d) datę zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego oraz rodzaj poważnego stanu chorobowego.
- 2) W przypadku pozytywnej weryfikacji *Further* skontaktuje się z *Ubezpieczonym* w celu poinformowania *Ubezpieczonego* o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu eksperta medycznego.
- 3) *Further* zorganizuje dostarczenie raportu eksperta medycznego, przygotowanego na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej.

W celu realizacji świadczenia *Drugiej opinii medycznej Ubezpieczony* powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

2. Opieka medyczna za granicą

- 1) W przypadku gdy raport eksperta medycznego potwierdza wystąpienie poważnego stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem, *Ubezpieczony*, pod warunkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Further* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia poważnego stanu chorobowego.
- 2) *Further* przedstawi propozycję do 3 rekomendowanych ośrodków medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia *Ubezpieczonego*.
- 3) Po wybraniu przez *Ubezpieczonego* jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, *Further* rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce oraz organizuje pozostałe świadczenia w ramach *Opieki medycznej za granicą*.
- 4) *Further* przesyła *Ubezpieczonemu* pakiet powitalny, który zawiera niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia, podróży oraz zakwaterowania, oraz Wstępny certyfikat leczenia. W przypadku gdy *Ubezpieczony* nie zdecydował się na żaden z zaproponowanych przez *Further* szpitali lub w przypadku gdy nie rozpoczął on leczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia wystawienia Wstępnego certyfikatu leczenia, *Further* wystawi nowy Wstępny certyfikat leczenia na podstawie bieżącego stanu zdrowia *Ubezpieczonego*.
- 5) Przed wyjazdem *Ubezpieczonego* za granicę RP, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego, *Further* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu hospitalizacji. Przy czym do kalkulacji wysokości świadczenia brana jest pod uwagę szacowana liczba dni, na jaką planowana jest hospitalizacja.
- 6) Pozostała część świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji będzie wypłacana przez *Further* w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia hospitalizacji za granicą RP.
- 7) W celu otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na leki, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 6), *Ubezpieczony* przesyła do *Further* kopię recepty oraz fakturę na adres podany w formularzu zgłoszenia roszczenia. *Further* zrefunduje poniesione koszty.

W celu realizacji świadczenia *Opieki medycznej za granicą Ubezpieczony* powinien telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Further* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych, znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia poważnego stanu chorobowego.

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) W przypadku poddania się przez *Ubezpieczonego* procesowi leczenia za granicą RP w ramach *Opieki medycznej za granicą*, po powrocie na terytorium RP *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 3).
- 2) W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii, której numer podany jest w polisie, miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.
- 3) W celu realizacji świadczenia *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - a) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej,
 - b) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem.
- 4) *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii *Partnera Medycznego AXA* zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia, określonej w polisie.
- 5) W przypadku opisanym w pkt 4) Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych, określonych w § 3 ust. 3 pkt 3).
- 6) W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl i w Towarzystwie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz faktury lub rachunki za wykonanie danego świadczenia.

W celu realizacji świadczenia *Opieki ambulatoryjnej w RP Ubezpieczony* powinien uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*. Numer infolinii podany jest w polisie.

Jakie są terminy realizacji świadczeń

§ 5

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą roszczenie – na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia, jego wysokości oraz zakresu w związku z zajściem tego zdarzenia.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty lub realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu OWUD.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, Towarzystwo wypłaci lub zrealizuje świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Jeżeli wypłata lub realizacja świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz *Ubezpieczonego*, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
5. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca lub realizuje w terminie 30 dni, licząc od daty określonej w ust. 2.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości lub zakresie niż określone w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz *Ubezpieczonego*, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty lub realizacji świadczenia lub wypłacenie, lub zrealizowanie go w innej wysokości i zakresie niż wynikające ze zgłoszonego roszczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty niezbędne są do wypłaty lub realizacji świadczenia. Świadczenie realizowane jest w terminie 30 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo zrealizuje świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca lub realizuje w terminie 30 dni.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 6

Wyłączenia ogólne

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
 - 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencji reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanymi z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
 - 3) alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających, nadużywaniem alkoholu lub korzystaniem z substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 4) leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samo-okaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, jeżeli w momencie rozpoznania *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego* nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek:
 - 1) posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz
 - 2) przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszych OWUD.

Wyłączenia medyczne

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) chorobami zdiagnozowanymi, rozpoznanymi lub leczonymi po raz pierwszy w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
 - 2) chorobami, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po raz pierwszy w ciągu 3 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
 - 3) kosztami związanymi z chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu OWUD;
 - 4) eksperymentalnym leczeniem, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
 - 5) procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego) lub leczeniem AIDS lub HIV;
 - 6) usługami, które nie są niezbędne, z medycznego punktu widzenia, do leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
 - 7) opłatami za organizację i leczenie chorób objętych ubezpieczeniem sposobem innym niż rekomendowany w raporcie *eksperta medycznego*, jeżeli w raporcie *eksperta medycznego* rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu;
 - 8) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia związanego z komplikacjami po transplantacji objętej zakresem ubezpieczenia, ale nieprzeprowadzonej w ramach *Opieki medycznej za granicą*.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) wydatkami poniesionymi na organizację i pokrycie kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium RP, z wyjątkiem objętych ubezpieczeniem kosztów *leków* i świadczeń ambulatoryjnych w ramach *Opieki ambulatoryjnej w RP*;
 - 2) kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
 - 3) kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany *Ubezpieczony*;
 - 4) kosztami poniesionymi niezgodnie ze standardowymi procedurami medycznymi realizacji świadczeń;
 - 5) kosztami poniesionymi w związku z pologiem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
 - 6) kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu *protezy* lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem *protez piersi* – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca;
 - 7) lekami, które nie zostały dopuszczone przez ministra właściwego ds. zdrowia do obrotu lub które są dostępne bez recepty;

- 8) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
- 9) w przypadku gdy poza leczeniem w ramach *Opieki medycznej za granicą* istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub pologiem;
- 10) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez *Further*, dotyczącego prowadzonego w ramach *Opieki medycznej za granicą* procesu leczenia;
- 11) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
- 12) kosztami poniesionymi przez *Ubezpieczonego* lub krewnych, towarzyszy, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- 13) kosztami medycznymi, które nie są zasadne co do wysokości w danych okolicznościach;
- 14) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez *Ubezpieczonego*, towarzysza podróży lub dawcę.

Należy zapoznać się z okolicznościami, które wykluczają możliwość otrzymania świadczenia. Wyłączenia mogą:

- mieć charakter ogólny i dotyczyć leczenia chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
- mieć charakter medyczny i dotyczyć chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
- dotyczyć wydatków poniesionych przez *Ubezpieczonego* w określonych sytuacjach.

Wszystkie powyższe okoliczności wskazane są powyżej oraz w § 16 i 17 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu *Opieki medycznej za granicą*.
2. Świadczenia w ramach *Opieki ambulatoryjnej w RP* realizowane są nie dłużej niż do rocznicy polisy, następującej po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 65. roku życia, i nie dłużej niż do wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu *Opieki ambulatoryjnej w RP*.

Należy zwrócić uwagę, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD, względem poszczególnych *Ubezpieczonych*, wygasa w szczególności z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia lub w związku z przekroczeniem określonego wieku.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 8

- 1) **Further** – Further Underwriting International S.L.U., firma serwisowa, która jest partnerem Towarzystwa, organizuje i realizuje na jego rzecz świadczenia w zakresie *Drugiej opinii medycznej* oraz *Opieki medycznej za granicą* oraz prowadzi obsługę procesu organizacji świadczeń z tytułu OWUD;
- 2) **ekspert medyczny** – działający za granicą RP lekarz, wyznaczony do współpracy w celu sporządzenia raportu, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia *Ubezpieczonego*;
- 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą RP trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 4) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów;
- 5) **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane *Ubezpieczonemu* w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych lub funkcji organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
- 6) **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w zakresie *Opieki ambulatoryjnej w RP*;
- 7) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wycieczkowego, ośrodka spa;

8) poważny stan chorobowy oznacza którykolwiek z niżej wymienionych:

a) nowotwór:

- każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skórniego), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek,
- każdy rak *in situ* – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka i nienaciekający tkanek otaczających,
- wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histologiczne zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia;

wykluczone choroby i procedury medyczne:

- wszelkie nowotwory współistniejące z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
- nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego,

b) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego;

wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass);

c) operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;

d) zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;

e) przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep *Ubezpieczonemu* jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płuca lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;

f) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego;

9) **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;

10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP, która w dniu zawarcia umowy dodatkowej nie ukończyła 65. roku życia;

11) **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i materiały użyte w leczeniu, wskazanym przez *eksperta medycznego* w raporcie *Drugiej opinii medycznej*, stosowane zgodnie z ogólnie przyjętą praktyką medyczną w leczeniu *poważnego stanu chorobowego*;

12) **Wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez *Further* w imieniu Towarzystwa na pokrycie kosztów leczenia *poważnego stanu chorobowego* we wskazanej, zaakceptowanej przez *Ubezpieczonego* placówce medycznej znajdującej się za granicą RP.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/19/07/2019 z dnia 19 lipca 2019 r. i wchodzi w życie z dniem 1 września 2019 r.