

# Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

**Pakiet  
Zdrowe Dziecko – Bezpieczny.pl**



**więcej /** niż standard



## Drogi Kliencie!

---

Wiemy, jak istotną rzeczą jest pełne zrozumienie zasad umowy ubezpieczenia. Dlatego w specjalnych ramkach umieszczonych w poniższych ogólnych warunkach ubezpieczenia przedstawiamy najważniejsze zagadnienia dotyczące umowy ubezpieczenia.

Dodatkowo pojęcia przez nas zdefiniowane zostały wyróżnione kursywą.

Mamy nadzieję, że dokument ten pozwoli Ci uzyskać wyczerpujące odpowiedzi na Twoje pytania.

## Spis treści

---

<b>Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego</b>	<b>Indeks</b>	<b>Strona</b>
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	3
<b>Zakres ubezpieczenia dla dziecka</b>		
2) Pobyt dziecka w szpitalu	GNFPWD/16/02/01	11
3) Poważne zachorowanie dziecka	GNFCD/16/02/01	15
<b>Świadczenia opiekuńcze i medyczne</b>		
4) Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 i AXA 24 Plus	GNFŚO/16/02/01	19

# Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01

---

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

---

# Ogólne warunki

ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

## 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:

- 1) wniosek o zawarcie *umowy ubezpieczenia* na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- 2) OWU;
- 3) *polis*a ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej *polis*ą;
- 4) 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

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji *Ubezpieczonego*.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. 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

1. Przed zawarciem *umowy ubezpieczenia* Towarzystwo przekazuje *Ubezpieczającemu* OWU oraz OWUD.
2. *Umowa ubezpieczenia* zawierana jest na podstawie złożonego przez *Ubezpieczającego*, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
3. *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.

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 *polis*ę, 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 polis*ą.

### Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

#### § 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
  - 1) została opłacona składka w należytym wysokości;
  - 2) został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
  - 3) została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem *Ubezpieczonego*.
2. Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w *polis*ie.

! Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w *polis*ie, 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 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 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 zaproponować 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* przekaże *Ubezpieczającemu* pisemną zgodę na

proponowane warunki, a *Ubezpieczający* przekaze 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 *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](http://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 przy-

chodni, 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. Bezsporną 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. Bezsporną 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 *niezależnym 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 lub terroryzmu albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w aktach przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach i 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 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 dm<sup>3</sup>; 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 *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 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 *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. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
  - 1) w formie pisemnej – drogą 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 – dzwoniąc pod numery 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba 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.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. 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.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 35 ust. 1 i 2.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

! W każdym przypadku *Ubezpieczony* lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia mogą wnieść reklamację zawierającą zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

11. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU S.A. 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).

## 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*, *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpiezonego* 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 odmiennie 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:

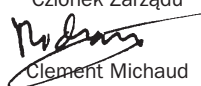
- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpiezonego*, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;

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 *polis*y nie stanowią inaczej;

- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w polisie dzień, w którym należna 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, niezależne od woli ani stanu zdrowia *Ubezpiezonego* oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – *współmałżonka* lub *dziecka*, *rodzica Ubezpiezonego*, *rodzica współmałżonka*; *zawatu 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 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 bezpośrednio 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 osobie 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 niezminionej 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 *Ubezpiezonego*.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r., zmienione uchwałą nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 10 stycznia 2017 r.

Członek Zarządu  
  
Clement Michaud

Członek Zarządu  
  
Janusz Arczewski

# Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu – indeks GNFPWD/16/02/01

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 GNF/16/02/01 § 1 § 3 ust. 1, 2, 4, 5, 10 § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 2 ust. 2, 3 § 3 ust. 3 § 4

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

# Ogólne warunki

dotaddkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu

INDEKS GNFPWD/16/02/01

## Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt dziecka w szpitalu*, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:
  - 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
  - 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym*.

! Definicja: *szpitala*, *choroby*, *obrażeń ciała*, *wypadku komunikacyjnego* znajduje się w § 5 niniejszych OWU.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem dziecka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.  
Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

## W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem dziecka w szpitalu

### § 2

1. W przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny *pobytu*, jedno świadczenie wskazane w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający:
  - 30 dni w danym *roku polisy*, w przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* w celu leczenia choroby,
  - 180 dni w danym *roku polisy*, w przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* w celu leczenia obrażeń ciała,jednak łącznie z tytułu *pobytu dziecka w szpitalu* w celu leczenia choroby oraz leczenia obrażeń ciała za okres nieprzekraczający 180 dni *pobytu dziecka w szpitalu* w danym *roku polisy*.
4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu dziecka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia obrażeń ciała trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci wnioskowaną przez Ubezpieczonego część świadczenia przed zakończeniem tego *pobytu*.

5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *dzieckiem* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu dziecka w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*.

Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu dziecka w szpitalu* w każdym *roku polisy*, w tym za maksymalnie:

- 30 dni w danym *roku polisy*, w przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* w celu leczenia choroby,
- 180 dni w danym *roku polisy*, w przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* w celu leczenia obrażeń ciała.

## W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych

### § 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu *pobytu dziecka w szpitalu*, trwającego co najmniej 10 dni, *dziecko* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile niniejsza *umowa dodatkowa* została rozszerzona o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. *Dziecko* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia* w związku z każdym *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby *pobytów dziecka w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
  - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
    - a) ortopeda,
    - b) chirurg ogólny,
    - c) okulista,
    - d) neurolog,
    - e) diabetolog,
    - f) internista,
    - g) kardiolog;
  - 2) badania laboratoryjne:
    - a) badania hematologiczne,
    - b) koagulologia,
    - c) glukoza,
    - d) lipidogram,
    - e) sól, potas,

- f) mocznik,
  - g) kreatynina,
  - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
  - i) białko,
  - j) badanie ogólne moczu;
- 3) zabiegi ambulatoryjne:
- a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
  - b) iniekcje domięśniowe,
  - c) iniekcje dożylnie;
- 4) badania obrazowe:
- a) RTG,
  - b) MR oraz tomograf,
  - c) USG w tym ECHO serca,
  - d) EKG,
  - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie [www.axa.pl](http://www.axa.pl). Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu niniejszych OWUD. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:  
– stronie [www.axa.pl](http://www.axa.pl),  
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Uprawnionego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD. 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Uprawniony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Uprawniony* zobowiązany jest:
- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z *dzieckiem* do wskazanej *placówki medycznej*;
  - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
  - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
10. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z *placówki medycznej* dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej 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* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 3 ust. 4, do wysokości *sumy ubezpieczenia*, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.
12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na [www.axa.pl](http://www.axa.pl) i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* *placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

## W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

### § 4

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem *pobytu w szpitalu* jest:
- 1) leczenie lub poddanie się przez *dziecko* zabiegowi, które pozostaje w związku z ciążą, porodem lub porodem;
  - 2) poddanie *dziecka* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jakiemu uległo *dziecko* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
  - 3) wykonanie *dziecku* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała dziecka*;
  - 4) wykonanie *dziecku* zabiegów rehabilitacyjnych;
  - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *dziecka*;
  - 6) leczenie wad wrodzonych *dziecka*.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *dziecko* przebywało na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

**!** Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

## Co oznaczają poszczególne pojęcia

### § 5

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 4) **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; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 5) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w *szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:
  - a) 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
  - b) 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia *choroby*;

w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *dziecka do szpitala*, a kończy się w dniu wypisania *dziecka ze szpitala*; wpis i wypis ze *szpitala* nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;

- 6) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 7) **Uprawniony** – *Ubezpieczony, dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*;
- 8) **wypadek komunikacyjny** – *nieszczęśliwy wypadek* w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:
  - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
  - b) rowerzysta,
  - c) pieszy.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

## Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka – indeks GNFC/16/02/01

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 GNF/16/02/01 § 1 § 2 ust. 3, 4 § 3 ust. 1, 2, 7 § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 2 ust. 2 § 4

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

# Ogólne warunki

## dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka

INDEKS GNFC/16/02/01

### Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

#### § 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u *dziecka* *poważnego zachorowania* określonego w § 5 niniejszych OWUD, rozumianego jako:
  - 1) zdiagnozowane u *dziecka* choroby lub
  - 2) przeprowadzone u *dziecka* zabiegi,jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

### W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

#### § 2

1. W przypadku zdiagnozowania u *dziecka* choroby lub przeprowadzenia u *dziecka* zabiegu Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za jedno *poważne zachorowanie dziecka* w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Prawo do świadczenia w związku ze zdiagnozowaniem u *dziecka* cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez *dziecko* 18. roku życia, a rodzice *dziecka* nie są diabetykami.
4. Prawo do świadczenia z tytułu niniejszych OWUD zostanie przyznane pod warunkiem, że *dziecko* pozostawało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
  - 1) zdiagnozowania choroby lub
  - 2) przeprowadzenia zabiegu.
5. Rodzaj i data zdiagnozowania choroby lub przeprowadzenia zabiegu potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju i daty zdiagnozowania choroby lub przeprowadzenia zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Świadczenie zostanie wypłacone, o ile *dziecko* pozostawało przy życiu co najmniej 1 miesiąc od daty zdiagnozowania choroby lub przeprowadzenia zabiegu.

! Zdiagnozowanie *poważnego zachorowania* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

### W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów

#### § 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*, *dziecko* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie [www.axa.pl](http://www.axa.pl). Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego AXA*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu niniejszych OWUD. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:  
– stronie [www.axa.pl](http://www.axa.pl),  
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia przez *Uprawnionego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia przez *Uprawnionego*, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności



dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

**!** Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD. 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty Uprawnionego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

**!** Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Uprawniony* zobowiązany jest:
- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z *dzieckiem* do wskazanej *placówki medycznej*;
  - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
  - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczenia.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na [www.axa.pl](http://www.axa.pl) i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

**!** *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

## W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje *poważnych zachorowań dziecka*, które:
- 1) są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego *dziecka*, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia *dziecka*;

- 2) są następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

**!** Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

2. Z dniem przyznania prawa do świadczenia z tytułu *poważnego zachorowania* danego *dziecka* ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym tego *dziecka*.

## Definicje

### § 5

Co oznaczają poszczególne pojęcia:

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 3) **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 dentystów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 4) **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 5) **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; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 6) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych *chorób* lub jeden z niżej wymienionych zabiegów u *dziecka*:
  - a) **ciężkie oparzenia** – głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
    - nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
    - nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
    - nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
 przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regulę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
  - b) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń;
  - c) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania *choroby*;
  - d) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;

- e) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażań lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- f) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
- g) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- h) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
- i) **przeszczep narządu** – przeszczepienie *dziecka* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *dziecka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
  - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
- przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- j) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał anty-HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- k) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi

krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny;

wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;

- l) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- m) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o badania obiektywne słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- n) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- o) **zapalenie mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy; wykluczone jest zapalenie mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- p) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.
- 7) **Uprawniony** – *Ubezpieczony, dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

Prezes Zarządu  
Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu  
Janusz Arczewski

## Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 i AXA 24 Plus

– indeks GNFŚO/16/02/01

---

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 GNF/16/02/01 § 1 § 2 § 3 ust. 1, 3, 4 § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 3 ust. 5, 6 § 4

---

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

# Ogólne warunki

dotaddkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 i AXA 24 Plus

INDEKS GNFSÓ/16/02/01

## Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka*.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń z tytułu niniejszych OWUD są:
  - 1) *Ubezpieczony*;
  - 2) *współmałżonek*;
  - 3) *dziecko zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania*;
  - 4) *rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka* – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16).
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) *rozstrój zdrowia* w następstwie *nagłego zachorowania*;
  - 2) *obrażenia ciała* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
  - 3) pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15);
  - 4) *urodzenie się dziecka Ubezpieczonego*.
4. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi oraz dziecku* świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi *Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka* – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 16).
5. Dodatkowe ubezpieczenie świadczeń opiekuńczych dla *Ubezpieczonego oraz jego rodziny* może zostać zawarte jako:
  - 1) AXA 24, w której *suma ubezpieczenia* z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł lub
  - 2) AXA 24 Plus, w której *suma ubezpieczenia* z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł, a w przypadku gdy zdarzeniem ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę udzielenia świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 1)–15) był wypadek komunikacyjny wynosi – 6000 zł.
6. *Sumy ubezpieczenia* wymienione w ust. 5 mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

**!** *Suma ubezpieczenia* może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

## Jakie świadczenia zostaną przyznane

### § 2

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na poniżej określonych zasadach:

- 1) opieka po hospitalizacji – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarzkiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania;
- 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;
- 3) transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
- 4) transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia przebywała w placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
- 5) transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przebywała osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia skierowana została na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej;
- 6) wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;

- 7) wizyta pielęgniarki – Towarzystwo – na zlecenie lekarza prowadzącego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z *nieszczęśliwym wypadkiem*; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
- wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
  - wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
  - wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
  - wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
- 8) rehabilitacja – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa w granicach sumy ubezpieczenia:
- koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
  - koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
- Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach;
- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania*, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
- przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
  - przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- warunkiem otrzymania wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu AXA przez Ubezpieczonego następujących danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi: imię i nazwisko, dane teleadresowe;
- Centrum Operacyjne AXA świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego AXA informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki; w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu AXA nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 11) korepetycje – jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania* dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);
- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka – jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania* dziecko jest hospitalizowane, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia;
- 13) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinna przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niższym wymienionym zakresie:
- zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
  - niezbędne porządki,
  - dostawa/przygotowanie posiłków,
  - opieka nad zwierzętami domowymi,
  - podlewanie kwiatów;
- niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- 14) wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczonego lub współmałżonka, Centrum Operacyjne AXA organizuje i pokryje koszty jednej wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w miejscu zamieszkania;
- 15) pomoc psychologa – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:
- śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć dziecka,
  - urodzenie się martwego dziecka,
  - śmierć współmałżonka,
  - poronienie,
  - rozstrój zdrowia Ubezpieczonego,

- g) rozstrój zdrowia *współmałżonka*,
- h) rozstrój zdrowia *dziecka*,
- osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 16) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi *Ubezpieczonego* lub rodzicowi *współmałżonka* – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi *Ubezpieczonego* oraz rodzicowi *współmałżonka* organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
- a) opieka po hospitalizacji – jeżeli na skutek zdarzenia *ubezpieczeniowego* rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie *ubezpieczeniowe*,
- b) transport na wizytę kontrolną – jeżeli na skutek zdarzenia *ubezpieczeniowego* rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka* do placówki medycznej,
- c) asysta – jeżeli na skutek zdarzenia *ubezpieczeniowego* rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi *Ubezpieczonego* lub rodzicowi *współmałżonka* podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją i wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie *ubezpieczeniowe*,
- d) infolinia medyczna – na wniosek rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka* Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka* nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 17) przekazanie pilnej wiadomości od *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* lub *dziecka* – na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Operator Centrum Operacyjnego AXA przekazuje wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem *ubezpieczeniowym*, któremu uległa;
- 18) infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:
- a) jednostek chorobowych,
- b) stanów wymagających nagłej pomocy,
- c) zachowań prozdrowotnych,
- d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
- f) przygotowania się do porodu,
- g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- h) badań prenatalnych,
- i) szkół rodzenia,
- j) karmienia noworodka,
- k) obowiązkowych szczepień dzieci,
- l) pielęgnacji niemowląt,
- m) transportu medycznego,
- n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
- o) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom *Ubezpieczonego* i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego AXA,
- p) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- q) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- r) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
- s) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- t) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- u) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
- v) domów pomocy społecznej, hospicjów,
- w) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa.
2. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne AXA, o ile *Ubezpieczony*, *współmałżonek*, przedstawiciel ustawowy *dziecka*, a także *dziecko*, gdy jest pełnoletnie, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w § 1 ust. 5 odnosi się łącznie do *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* i *dziecka*.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

## W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe

### § 3

1. W razie wystąpienia zdarzenia *ubezpieczeniowego*, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych OWUD, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązane są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich *Ubezpieczony* się znajduje i jakiej

pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.

2. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu są zobowiązane:
  - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu;
  - 2) podać numer polisy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
  - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
  - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
  - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych OWUD, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego, jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne AXA. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokość sum ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 14).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły którejkolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

#### W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

#### § 4

1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
  - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne AXA, w zakresie w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji;

- 2) zdarzenia skutkujące powstaniem zagrożenia życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
  - 3) zdarzenia związane z zagrożeniem życia zdefiniowane tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do Centrum Operacyjnego AXA – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
    - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
    - 2) kosztów poniesionych bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego AXA, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3;
    - 3) kosztów zakupu leków;
    - 4) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
    - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
      - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 2 ust. 1 pkt 8) niniejszych OWUD, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
      - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
      - c) pozostawania pod wpływem 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 dm<sup>3</sup>,
      - d) użycia przez osobę, w stosunku do której realizowane mają być świadczenia określone w niniejszych OWUD, narkotyków lub innych substancji toksycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
      - e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
      - f) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
      - g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
      - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
      - i) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych,
      - j) chorób przewlekłych,
      - k) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
      - l) szczepień,
      - m) leczenia dentyścycznego,
      - n) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego AXA.

! Należy zwrócić uwagę na powyżej wymienione okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

## Co oznaczają poszczególne pojęcia

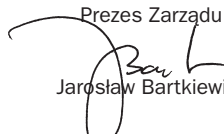
### § 5

- 1) **Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych OWUD, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną *hospitalizacji* w okresie 12 miesięcy przed zawarciem *umowy ubezpieczenia* oraz jej komplikacje;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 5) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 6) **lekarz Centrum Operacyjnego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne AXA i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Operacyjnego AXA;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia *placówki medycznej*, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *dziecko* przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego AXA spełnia warunki realizacji świadczeń AXA 24 lub AXA 24 Plus;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu *Ubezpieczonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich *chorób*, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej *Ubezpieczonemu*, *współmałżonkowi* lub *dziecku* zgodnie z niniejszymi OWUD;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia *Ubezpieczonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego *Ubezpieczony*, *współmałżonek*, *dziecko*, rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, *uszczerbku na zdrowiu* lub zmarł;
- 12) **placówka medyczna** – *szpital*, *przychodnia* lub *gabinet medyczny* działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 14) **rodzic Ubezpieczonego** – matka lub ojciec *Ubezpieczonego* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *Ubezpie-*

zonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- a) żoną ojca *Ubezpieczonego* lub wdową po ojcu *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci ojca *Ubezpieczonego* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
  - b) mężem matki *Ubezpieczonego* lub wdowcem po matce *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci matki *Ubezpieczonego* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 15) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec *współmałżonka* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za *rodzica współmałżonka* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- a) żoną ojca *współmałżonka* lub wdową po ojcu *współmałżonka*, o ile po śmierci ojca *współmałżonka* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
  - b) mężem matki *współmałżonka* lub wdowcem po matce *współmałżonka*, o ile po śmierci matki *współmałżonka* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- rodzice *współmałżonka* po śmierci *współmałżonka* pozostają w rozumieniu OWUD rodzicami *współmałżonka*, o ile *Ubezpieczony* nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
- 16) **rozstrój zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem *chorób przewlekłych*;
- 17) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez *lekarza specjalistę* prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 18) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego *Ubezpieczony* jest wymieniony jako rodzic *dziecka*;
- 19) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 20) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie *umowy dodatkowej*, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
- a) *rozstroju zdrowia* w następstwie *nagłego zachorowania*,
  - b) *obrażeń ciała* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*,
  - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15),
  - d) *urodzenia się dziecka Ubezpieczonego* – wyłącznie w zakresie świadczenia wizyty położnej w przypadku *urodzenia się dziecka*.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

Prezes Zarządu  
  
Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu  
  
Janusz Arczewski



**Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela**

## **kim jesteśmy**

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 64 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

**ubezpieczenia**  
**inwestycje**  
**emerytury**

**801 200 200**  
**axa.pl**