



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 725_0516

Ogólne warunki

ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	1
2) Medycyna bez granic – Best Doctors	GNFBDU/16/05/01	7

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

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

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

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść *umowy ubezpieczenia* składają się następujące dokumenty:

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

Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

§ 3

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

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

§ 4

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

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

! Podstawą zawarcia *umowy ubezpieczenia* jest poprawnie wypełniony wniosek.

4. Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, *Ubezpieczający* jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia *umowy ubezpieczenia*.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia *polisę*, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją *Ubezpieczającemu*.

! Towarzystwo może poprosić *Ubezpieczającego* o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagi na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo.
Towarzystwo potwierdza zawarcie *umowy ubezpieczenia polisą*.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) została opłacona składka w 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 *polisie*.

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

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

§ 6

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

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

§ 7

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

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

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości *sumy ubezpieczenia*;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wieku osoby objętej ochroną ubezpieczeniową;

- 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w *polisie*.
3. Wysokość *sumy ubezpieczenia* wskazana jest w *polisie*.

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

W jaki sposób opłacana jest składka

§ 9

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

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składki.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

§ 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należytym;
 - 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 opłaceniu składek. W przypadku nieopłacenia należytym 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 nie złoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, *umowa ubezpieczenia* ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeśli *Ubezpieczający* złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, *umowa ubezpieczenia* rozwiązuje się w ostatnim dniu roku *polisy*.

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

5. Jeżeli *Ubezpieczony* nie upoważnił *Ubezpieczającego* do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w *umowie ubezpieczenia*, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody *Ubezpieczonego* na nowe warunki, *umowa ubezpieczenia* zostaje rozwiązana w ostatnim dniu roku *polisy*. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku *polisy* *Ubezpieczony* przekaze *Ubezpiecza-*

jącego pisemną zgodę na proponowane warunki, a *Ubezpieczający* przekaże ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić *Ubezpieczającego* do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w *umowie ubezpieczenia*. Jeśli *Ubezpieczony* nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo 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

- Ubezpieczony* może wskazać jednego lub więcej *Uposażonych* do otrzymania świadczenia w razie śmierci *Ubezpieczonego*.
- 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.
- Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie zostanie wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci *Ubezpieczonego*.
- Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługujące pozostałym *Uposażonym* proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
- Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpieczonego* nie ma *Uposażonych* albo wskazanie *Uposażonego* stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługujące spadkobiercom ustawowym *Ubezpieczonego*.
- Za osobę zmarłą przed śmiercią *Ubezpieczonego* uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z *Ubezpieczonym*.

Wypłata świadczenia

§ 14

- 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.
- Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej *placówki medycznej*, w której *Ubezpieczony* był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
- Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- 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.
- 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*.
- 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.
- 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.

- Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
- 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

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

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

§ 16

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* oraz *umów dodatkowych*, nastąpi wskutek:
 - działania 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;
 - popelnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* nastąpi wskutek:
 - samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
 - masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* jest następstwem:
 - spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że wartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - usiłowania popelnienia lub popelnienia przez *Ubezpieczonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 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 lekką atletyką i pływaniem;
 - pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
 - 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.
- 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*.
- W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* lub *umów dodatkowych* spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.

6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, rodziców *Ubezpieczonego*, rodziców *współmałżonka*, *dziecka*.

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

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 17

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

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

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa

§ 18

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

! Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:

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

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

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

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

§ 20

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

V. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

§ 21

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

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

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

§ 22

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

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

§ 23

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a *umowa ubezpieczenia* rozwiązuje się:
 - 1) z dniem odstąpienia przez *Ubezpieczającego* od *umowy podstawowej*;
 - 2) z dniem śmierci *Ubezpieczonego*;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym *Ubezpieczony* ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
 - 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli *Ubezpieczony* nie wyraził zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia*;
 - 5) z upływem ostatniego dnia *miesiąca polisy*, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;
 - 6) z ostatnim dniem *miesiąca polisy*, w którym *Ubezpieczający* złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 7) w przypadku rezygnacji *Ubezpieczonego* z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
 - 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres.

Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

§ 24

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

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 25

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

Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

§ 26

1. *Ubezpieczający*, za zgodą *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.

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 35

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

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 36

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

Informacje o przepisach podatkowych

§ 37

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

IX. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia

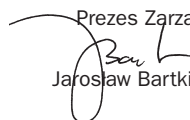
§ 38


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

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek *pobytu dziecka w szpitalu* pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy *polis* 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 polis** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w *polisie*, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia *Ubezpieczonego* oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpiecze-

- nia wskazanego w *umowie dodatkowej* – *współmałżonka* lub *dziecka*, rodzica *Ubezpieczonego*, rodzica *współmałżonka*; *zawału serca*, *udaru mózgu* i innych *chorób*, nawet występujących nagle, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;
 - 7) **rocznica polis** – 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 polis** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polis*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polis*;
 - 9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *polisie*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczonemu* przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalając na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
 - 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca *umowę ubezpieczenia* i zobowiązana do opłacania składek;
 - 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez *Ubezpieczającego* jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;
 - 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;
 - 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
 - 16) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowy dodatkowe*, wówczas obejmuje również te *umowy dodatkowe*;
 - 17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*.

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

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors

INDEKS GNFBUD/16/05/01

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

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

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

§ 1 ust. 1, 2; § 2; § 3; § 4; § 8

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

§ 1 ust. 3

§ 6

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia:

- 1) *Drugiej opinii medycznej* (Inter Consultation),
- 2) *Opieki medycznej za granicą* (FindBest Care),
- 3) *Opieki ambulatoryjnej w RP* (Recovery Care),

realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*.

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

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- 1) *poważnych stanów chorobowych* zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi;
- 2) *poważnych stanów chorobowych* spowodowanych chorobą, o którą Towarzystwo zapytywało przed zawarciem lub przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną, lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi, które miały miejsce w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zachorowania, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

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

§ 2

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

1) ***Drugiej opinii medycznej*** – świadczenia ubezpieczeniowego realizowanego za pośrednictwem *Best Doctors*, polegającego na przygotowaniu dla *Ubezpieczonego* raportu sporządzonego przez *eksperta medycznego*, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez *Ubezpieczonego*; raport *eksperta medycznego* zawiera dodatkową opinię na temat *poważnego stanu chorobowego* *Ubezpieczonego*;

2) ***Opieki medycznej za granicą*** – świadczenia ubezpieczeniowego realizowanego za pośrednictwem *Best Doctors*, polegającego na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego* *Ubezpieczonego*, pod warunkiem że raport przygotowany przez *eksperta medycznego* w ramach *Drugiej opinii medycznej* potwierdzi wystąpienie objętego ubezpieczeniem *poważnego stanu chorobowego* oraz wskaże możliwość dalszego leczenia;

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

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

Na czym polegają poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe

§ 3

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

1. *Druga opinia medyczna*

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

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

- 7) przetłumaczenia raportu *eksperta medycznego* na język polski;
- 8) udostępnienia raportu *eksperta medycznego Ubezpieczonemu*.

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

2. Opieka medyczna za granicą

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

Zakres świadczeń *Opieki medycznej za granicą* obejmuje organizację oraz:

1) pokrycie kosztów leczenia za granicą RP:

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

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

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

- transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
- bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu *Ubezpieczonego*;

- e) w przypadkach uzasadnionych medycznie *Best Doctors* organizuje i pokrywa koszty transportu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) lit. k) powyżej;

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

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

4) pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy:

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

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

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

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

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

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

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) *Ubezpieczonemu* przysługuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP, pod warunkiem że *Ubezpieczony* był leczony za granicą RP w ramach *Opieki medycznej za granicą*.
- 2) *Ubezpieczony* ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu *Opieki ambulatoryjnej w RP*, określonej w polisie.
- 3) Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - a) badanie PET;
 - b) badania laboratoryjne:
 - hematologiczne,
 - krzepliwości,
 - biochemiczne i enzymatyczne,
 - immunologiczne,
 - moczu i kału,

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

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

W jaki sposób realizowane są świadczenia

§ 4

1. Druga opinia medyczna

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

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

2. Opieka medyczna za granicą

- 1) W przypadku gdy raport eksperta medycznego potwierdza wystąpienie poważnego stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem, Ubezpieczony, pod warunkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Best Doctors* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia poważnego stanu chorobowego.
- 2) *Best Doctors* przedstawi propozycję do 3 rekomendowanych ośrodków medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia Ubezpieczonego.
- 3) Po wybraniu przez Ubezpieczonego jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, *Best Doctors* rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce oraz organizuje pozostałe świadczenia w ramach Opieki medycznej za granicą.
- 4) *Best Doctors* przesyła Ubezpieczonemu pakiet powitalny, który zawiera niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia, podróży oraz zakwaterowania, oraz Wstępny certyfikat leczenia. W przypadku gdy Ubezpieczony nie zdecydował się na żaden z zaproponowanych przez *Best Doctors* szpitali lub w przypadku gdy nie rozpoczął on leczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia wystawienia Wstępnego certyfikatu leczenia, *Best Doctors* wystawi nowy Wstępny certyfikat leczenia na podstawie bieżącego stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 5) Przed wyjazdem Ubezpieczonego za granicę RP, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego, *Best Doctors* wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu hospitalizacji. Przy

czym do kalkulacji wysokości świadczenia brana jest pod uwagę szacowana liczba dni, na jaką planowana jest hospitalizacja.

- 6) Pozostała część świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji będzie wypłacana przez *Best Doctors* w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia hospitalizacji za granicą RP
- 7) W celu otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na leki, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 6), Ubezpieczony przesyła do *Best Doctors* kopię recepty oraz fakturę na adres podany w formularzu zgłoszenia roszczenia. *Best Doctors* zrefunduje poniesione koszty.

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

3. Opieka ambulatoryjna w RP

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

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

Jakie są terminy realizacji świadczeń

§ 5

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

nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty lub realizacji świadczenia lub wypłacenie, lub zrealizowanie go w innej wysokości i zakresie niż wynikające ze zgłoszonego roszczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

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

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 6

Wyłączenia ogólne

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
- 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencji reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanych z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
- 3) alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających, nadużywaniem alkoholu lub korzystaniem z substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
- 4) leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samo-okaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, jeżeli w momencie rozpoznania *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego* nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek:

- 1) posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz
- 2) przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszych OWUD.

Wyłączenia medyczne

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) chorobami zdiagnozowanymi, rozpoznanymi lub leczonymi po raz pierwszy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
- 2) chorobami, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po raz pierwszy w ciągu 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
- 3) kosztami związanymi z chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 6 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu OWUD;
- 4) eksperymentalnym leczeniem, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
- 5) procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego) lub leczeniem AIDS lub HIV;
- 6) usługami, które nie są niezbędne, z medycznego punktu widzenia, do leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
- 7) opłatami za organizację i leczenie chorób objętych ubezpieczeniem sposobem innym niż rekomendowany w raporcie *eksperta medycznego*, jeżeli w raporcie *eksperta medycznego* rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu;
- 8) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia związanego z komplikacjami po transplantacji objętej zakresem ubezpieczenia, ale nieprzeprowadzonej w ramach *Opieki medycznej za granicą*.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) wydatkami poniesionymi na organizację i pokrycie kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium RP, z wyjątkiem objętych ubezpieczeniem kosztów *leków* i świadczeń ambulatoryjnych w ramach *Opieki ambulatoryjnej w RP*;
- 2) kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
- 3) kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany *Ubezpieczony*;
- 4) kosztami poniesionymi niezgodnie ze standardowymi procedurami medycznymi realizacji świadczeń;

- 5) kosztami poniesionymi w związku z położeniem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobyt w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
- 6) kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu *protezy* lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem *protezy* piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca;
- 7) lekami, które nie zostały dopuszczone przez ministra właściwego ds. zdrowia do obrotu lub które są dostępne bez recepty;
- 8) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
- 9) w przypadku gdy poza leczeniem w ramach *Opieki medycznej za granicą* istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub położeniem;
- 10) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez *Best Doctors*, dotyczącego prowadzonego w ramach *Opieki medycznej za granicą* procesu leczenia;
- 11) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
- 12) kosztami poniesionymi przez *Ubezpieczonego* lub krewnych, towarzyszy, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- 13) kosztami medycznymi, które nie są zasadne co do wysokości w danych okolicznościach;
- 14) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez *Ubezpieczonego*, towarzysza podróży lub dawcę.

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

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

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

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

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 8

- 1) **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U., będąca częścią Best Doctors Inc. firma serwisowa, która jest partnerem Towarzystwa i realizuje na jego rzecz świadczenia w zakresie *Drugiej opinii medycznej* oraz *Opieki medycznej za granicą* oraz prowadzi obsługę procesu organizacji świadczeń z tytułu OWUD;
- 2) **ekspert medyczny** – działający za granicą RP lekarz, wyznaczony przez *Best Doctors* do współpracy w celu sporządzenia raportu, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia *Ubezpieczonego*;
- 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą RP, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 4) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów;


- 5) **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane *Ubezpieczonemu* w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych lub funkcji organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
- 6) **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w zakresie *Opieki ambulatoryjnej w RP*;
- 7) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 8) **poważny stan chorobowy** oznacza którykolwiek z niżej wymienionych:
- a) nowotwór:
- każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skórniego), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniami tkanek,
 - każdy rak *in situ* – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka i nienaciekający tkanek otaczających,
 - wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histologiczne zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia;
- wykluczone choroby i procedury medyczne:
- wszelkie nowotwory współistniejące z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
 - nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
- b) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego;

- wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass);
- c) operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;
- d) zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;
- e) przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep *Ubezpieczonemu* jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płuca lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
- f) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego;
- 9) **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;
- 10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP która w dniu zawarcia umowy dodatkowej nie ukończyła 64. roku życia;
- 11) **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i materiały użyte w leczeniu, wskazanym przez *eksperta medycznego* w raporcie *Dругiej opinii medycznej*, stosowane zgodnie z ogólnie przyjętą praktyką medyczną w leczeniu *poważnego stanu chorobowego*;
- 12) **Wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez *Best Doctors* w imieniu Towarzystwa na pokrycie kosztów leczenia *poważnego stanu chorobowego* we wskazanej, zaakceptowanej przez *Ubezpieczonego* placówce medycznej znajdującej się za granicą RP.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/30/05/2016 z dnia 30 maja 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 31 maja 2016 r.

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Członek Zarządu

Jarosław Herrmann