



Ogólne warunki ubezpieczenia



Zatrzymaj broszurę.

Tu znajdziesz warunki ubezpieczenia oraz pozostałe dokumenty ubezpieczeniowe (między innymi wniosek o wypłatę świadczenia).

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 dla Klientów Providenta – indeks PR/2020/08

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	OWU: § 2, § 3 i § 10; Regulamin usług medycznych (załącznik nr 1): § 2–§ 4; Regulamin świadczeń medycznych (załącznik nr 2): § 2–§ 4; Lista nowotworów złośliwych (załącznik nr 3); Lista nowotworów przedinwazyjnych (załącznik nr 4)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 9, § 11 i § 15 ust. 4; Regulamin usług medycznych (załącznik nr 1): § 5 i § 6; z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 OWU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia dla Klientów Providenta – indeks PR/2020/08 (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych przez Klientów Provident Polska S.A. z AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (zwanym także AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.) lub AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. (zwanym także AXA Życie TU S.A.)
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystw i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.
3. AXA Życie TU S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących rodzajów ryzyka:
 - 1) Pakiet Życie:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) poważne zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 2) Pakiet AntyRAK:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego,
 - c) diagnoza Nowotworu złośliwego,
 - d) świadczenie usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej;
 - 3) Pakiet AntyRAK Plus:
 - a) śmierć Ubezpieczonego
 - b) diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego,
 - c) diagnoza Nowotworu złośliwego,
 - d) świadczenie usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej,
 - e) zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych.
4. AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących rodzajów ryzyka:
 - 1) Pakiet Zdrowie:
 - a) Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - b) Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna;
 - 2) Pakiet Dziecko i Pakiet Dzieci:
 - a) Pobyt w szpitalu Dziecka z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - b) Pobyt w szpitalu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Pobyt Dziecka na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) Złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Poważne zachorowanie Dziecka.
 - f) Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka,
 - g) Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna na rzecz Dziecka.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres zamieszkania** lub **Miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie dokładnego adresu, a w przypadku jego zmiany – w pisemnym zgłoszeniu tej zmiany;
- 2) **Agent** – Provident Polska S.A.;
- 3) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, tj. w przypadku Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko i Pakietu Dzieci – AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., a w przypadku Pakietu AntyRAK i AntyRAK Plus – AXA Życie TU S.A., zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numer telefonu +48 22 575 95 97;
- 4) **Choroba epidemiczna** – choroba, z powodu której ogłoszono stan zagrożenia epidemiologicznego lub stan epidemii w trybie Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 5) **Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo bądź będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 6) **Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyście, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 7) **Druga opinia medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez Eksperta medycznego;
- 8) **Dziecko** – w Pakiecie Dziecko albo Dzieci: dziecko lub dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczającego bądź wnuk lub wnuki Ubezpieczającego będące dziećmi tego samego rodzica (będącego dzieckiem Ubezpieczającego), które w Dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyły 1. rok życia oraz nie ukończyły 18. roku życia;
- 9) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez odpowiednio AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., tj. Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie Pakietu ubezpieczenia; jest to dzień następujący po Dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 10) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych rodzajów ryzyka:
 - a) Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek – pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - b) Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) – pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Poważne zachorowanie – dzień zdiagnozowania choroby po przeprowadzonym badaniu lub dzień przeprowadzenia operacji u Ubezpieczonego,
 - f) Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka – dzień wyrządzenia Szkody osobowej lub rzeczowej przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko,
 - g) Potrzeba medyczna – dzień powstania Potrzeby medycznej,
 - h) Zdarzenie medyczne – dzień Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania,
 - i) Śmierć Ubezpieczonego – dzień zgonu Ubezpieczonego,

- j) Diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego lub diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego – dzień zdiagnozowania u Ubezpieczonego odpowiednio Nowotworu przedinwazyjnego lub dzień zdiagnozowania Nowotworu złośliwego;
- 11) **Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopolisu przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa;
 - 12) **Ekspert medyczny** – lekarz, wyznaczony przez Partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia Drugiej opinii medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - 13) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
 - 14) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i obywatelstwo polskie;
 - 15) **Kwarantanna / Przebywanie na kwarantannie** – odosobnienie zgodnie z definicją Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - 16) **Lek** – gotowy lek w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego, który można kupić wyłącznie na podstawie recepty;
 - 17) **Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – osoba wskazana przez Centrum Alarmowe Towarzystwa i uprawniona do występowania w imieniu Towarzystwa oraz do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
 - 18) **Lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Partnera medycznego i uprawniona do występowania w jego imieniu;
 - 19) **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
 - 20) **Miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego lub Dziecko, zgłaszających do Centrum Alarmowego Towarzystwa Zdarzenie medyczne, w związku z którym ma być świadczona usługa medyczna;
 - 21) **Nagłe zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która została zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 22) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu ani innych chorób, nawet występujących nagle, czy następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego; na potrzeby Zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 23) **Nowotwór przedinwazyjny** – wystąpienie u Ubezpieczonego choroby, wymienionej w załączniku nr 4 do niniejszych OWU, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) dysplazji ani wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
 - 24) **Nowotwór złośliwy** – nowotwór złośliwy typu I albo nowotwór złośliwy typu II – wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wymienionej w załączniku nr 3 do niniejszych OWU, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji ani wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;

- 25) **Odpowiedzialność cywilna Dziecka** – odpowiedzialność cywilna Dziecka w życiu prywatnym, ponoszona w zakresie określonym przepisami prawa za Szkody rzeczowe lub osobowe wyrządzone przez Dziecko Osobom trzecim;
- 26) **Odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka** – odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego w życiu prywatnym, ponoszona w zakresie określonym przepisami prawa za Szkody rzeczowe lub osobowe wyrządzone przez Opiekuna prawnego Osobom trzecim w związku z wykonywaniem opieki nad Dzieckiem lub wyrządzone przez Dziecko;
- 27) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu niniejszych OWU za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWU za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytutu); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWU za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;
- 28) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa:
- w przypadku zawarcia pomiędzy Provident Polska S.A. a Klientem konsumentkiej umowy pożyczki ze spłatą tygodniową lub miesięczną (zwanej dalej również „konsumentką umową pożyczki”) – okres równy pierwotnemu okresowi, na jaki została zawarta konsumentcka umowa pożyczki, rozpoczynający się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - w pozostałych przypadkach okres 12-miesięczny, rozpoczynający się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 29) **Opiekun prawny Dziecka** – rodzic, któremu przysługuje władza rodzicielska nad Dzieckiem;
- 30) **Osoba bliska** – małżonek i jego dzieci, konkubent i jego dzieci, rodzeństwo, wstępni, zstępni, powinowaci, przysposabiający i przysposobieni;
- 31) **Osoba trzecia** – każda osoba niebędąca Ubezpieczonym ani Opiekunem prawnym Dziecka;
- 32) **Pakiet ubezpieczenia** – możliwa do wyboru przez Ubezpieczającego wersja Umowy ubezpieczenia;
- Pakiet Życie,
 - Pakiet AntyRAK,
 - Pakiet AntyRAK Plus,
 - Pakiet Zdrowie,
 - Pakiet Dziecko – ochroną jest objęte jedno Dziecko oraz w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej również Opiekun prawny Dziecka,
 - Pakiet Dzieci – ochroną są objęte wszystkie Dzieci będące jednocześnie dziećmi tego samego rodzica, a w przypadku gdy Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia na rzecz swojego wnuka bądź wnucząt dodatkowo będącego dzieckiem Ubezpieczającego, oraz w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej również Opiekun prawny Dziecka;
- 33) **Partner** – osoba, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia; osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera pod warunkiem, że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

- 34) **Partner medyczny** – podmiot współpracujący w zakresie Drugiej opinii medycznej z Centrum Alarmowym Towarzystwa;
- 35) **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków ani innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 36) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala;
- 37) **Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, spowodowany inną przyczyną niż Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU; Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala;
- 38) **Potrzeba medyczna:**
- a) Pakiet Zdrowie, Pakiet Dziecko, Pakiet Dzieci – okoliczność uzasadniająca uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej,
 - b) Pakiet AntyRAK, Pakiet AntyRAK Plus – okoliczność uzasadniająca uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej nowotworowej;
- 39) **Poważne zachorowanie:**
- I. **Pakiet Dziecko, Pakiet Dzieci** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:
 - a) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - i) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - ii) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - iii) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - iv) przeszczepianie szpiku kostnego;rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
 - b) **cukrzyca insulinozależna** – cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu, tj. choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinsulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego;
 - c) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwinki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
 - d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się w nieodwracalnym upośledzeniu czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;

- e) **nowotwór:**
- i) **nowotwór złośliwy** – wystąpienie nowotworu (guza) złośliwego, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodującego naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji ani wszelkich zmian przedrakowych,
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
 - ii) **nowotwór przedinwazyjny** – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00–D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych nieprzekraczającym błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i niedoprowadzającym do inwazji na tkanki otaczające, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa;
 - f) **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - i) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - ii) trwała żółtaczka,
 - iii) żylaki przełyku,
 - iv) encefalopatia wrotna;pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
 - g) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
 - h) **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa; a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.
- II. **Pakiet Życie** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:
- a) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszkronej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
 - b) **anemia aplastyczna** – przewlekła nieodwracalna niewydolność szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, co wymaga regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - i) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - ii) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - iii) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,

- iv) przeszczepianie szpiku kostnego;
rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- c) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- d) **guzy śródczaszkowe** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wyklucają: krwinki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- e) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- f) **oparzenia** – głębokie termicznie 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 „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- g) **operacja aorty** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- h) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- i) **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna;
- pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
- j) **stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się co najmniej przez 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;

- k) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
- l) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- i) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - ii) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres minimum 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - iii) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
- pojęcie to i zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
- i) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - ii) zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - iii) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - iv) jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- m) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji pojęcie to i zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- i) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - ii) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- n) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby łańdów głosowych; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem procedur terapeutycznych;
- o) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- p) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- q) **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa; w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
- r) **zawał serca** – rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte

na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- i) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

- 40) **Regulamin świadczeń medycznych** – Regulamin świadczeń medycznych stanowiący załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
- 41) **Regulamin usług medycznych** – Regulamin usług medycznych stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
- 42) **Składka** – kwota należna:
 - a) AXA Życie TU S.A. z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach: Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający;
 - b) AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach: Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 43) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 44) **Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna (w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej)** – górna granica odpowiedzialności Towarzystw z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 45) **Szkoda osobowa** – śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia wraz z uszczerbkiem poniesionym w ich następstwie;
- 46) **Szkoda rzeczowa** – uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy wraz ze stratami poniesionymi w ich następstwie;
- 47) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego mający zadanie świadczenia, przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską, całodobowej opieki medycznej, leczenia i wykonywania zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 48) **Towarzystwo lub Towarzystwa** – odpowiednio AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. świadczące ochronę ubezpieczeniową w zakresie wybranego przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie Pakietu ubezpieczenia;
- 49) **Trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienniej postaci;
- 50) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 51) **Ubezpieczony** – w ramach Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus, Pakietu Zdrowie: Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym, a w ramach Pakietu Dziecko oraz Pakietu Dzieci: Dziecko lub Dzieci;
- 52) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 53) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci; wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci; jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:

- a) małżonek – w całości, a w razie jego braku
 - b) dzieci – w równych częściach, a w razie ich braku
 - c) rodzice – w równych częściach, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwo – w równych częściach, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym;
- 54) **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, który miał miejsce na drodze publicznej w rozumieniu przepisów prawa, albo nieszczęśliwy wypadek w ruchu powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako:
- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym – motorowerem, pojazdem silnikowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy;
- 55) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 56) **Zdarzenie medyczne:**
- a) Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 – Regulaminem usług medycznych, tj.:
 - Wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
 - Dostarczenie Leków,
 - Refundacja Leków,
 - Wizyta u lekarza specjalisty,
 - Wizyta u lekarza rehabilitacji,
 - Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu,
 - Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - Transport do Placówki medycznej,
 - Transport z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania,
 - Transport pomiędzy Placówkami medycznymi,
 - Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu;
 - b) przebywanie na kwarantannie, zachorowanie na chorobę epidemiczną, Wypadek komunikacyjny, śmierć małżonka/Partnera, wstępnego lub zstępnego, zachorowanie na Nowotwór przedinwazyjny lub Nowotwór złośliwy uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 – Regulaminem usług medycznych, tj.:
 - Wizyta u psychologa lub psychiatry;
- 57) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez odpowiednie Towarzystwo:
- I. Pakiet Życie:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.
 - II. Pakiet AntyRAK albo Pakiet AntyRAK Plus:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego, albo
 - c) diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
 - d) Potrzeba medyczna.
 - III. Pakiet Zdrowie:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,

- b) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna.
- IV. Pakiet Dziecko albo Pakiet Dzieci:
- a) Pobyt Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - b) Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Pobyt Dziecka na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) Złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Poważne zachorowanie Dziecka,
 - f) wyrządzenie Szkody rzeczowej lub osobowej przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko,
 - g) Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - 1) w Pakiecie Życie, Pakiecie AntyRAK, Pakiecie AntyRAK Plus: życie i zdrowie Ubezpieczonego;
 - 2) w Pakiecie Zdrowie: zdrowie Ubezpieczonego;
 - 3) w Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci: zdrowie Ubezpieczonego oraz Odpowiedzialność cywilna Dziecka i Odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) w Pakiecie Życie:
 - a) śmierć Ubezpieczonego oraz
 - b) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 2) w Pakiecie AntyRAK:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) diagnozę Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego,
 - c) diagnozę Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
 - d) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z załącznikiem nr 2 – Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej;
 - 3) w Pakiecie AntyRAK Plus:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) diagnozę Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego,
 - c) diagnozę Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
 - d) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z załącznikiem nr 2 – Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej,
 - e) zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zgodnie z załącznikiem nr 2 – Regulaminem świadczeń medycznych;
 - 4) w Pakiecie Zdrowie:
 - a) w przypadku Ubezpieczonych, którzy nie ukończyli 75. roku życia – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek i Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - b) w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 75. rok życia – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,

- c) oraz w przypadku wszystkich Ubezpieczonych:
 - i) złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - ii) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej zgodnie z załącznikiem nr 1 – Regulaminem usług medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej oraz zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych w przypadku zajścia Zdarzenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług;
- 5) w Pakiecie Dziecko albo Pakiecie Dzieci:
 - a) Pobyt Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek i Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Dziecka, oraz
 - b) Pobyt Dziecka na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - c) złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - d) Poważne zachorowanie Dziecka, oraz
 - e) Odpowiedzialność cywilną Dziecka i Odpowiedzialność cywilną Opiekuna prawnego Dziecka, oraz
 - f) świadczenie na rzecz Dziecka usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej zgodnie z załącznikiem nr 1 – Regulaminem usług medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej oraz zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Dziecku kosztów świadczeń medycznych w przypadku zajścia Zdarzenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela odpowiedniego Towarzystwa dokumentu Wnioskopolisy.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oświadczeń o treści i w formie wymaganej przez odpowiednie Towarzystwo w dokumencie Wnioskopolisy.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres wskazany we Wnioskopolisie.
4. W Pakiecie Życie, Pakiecie AntyRAK oraz Pakiecie AntyRAK Plus Ubezpieczającym może być Klient, który:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 75. roku życia;
 - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożył wypełniony dokument Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej Wnioskopolisy.
5. W Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko i Pakiecie Dzieci Ubezpieczającym może być Klient, który:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 95. roku życia;
 - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożył wypełniony dokument Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej Wnioskopolisy.
6. Ubezpieczający może w tym samym czasie być objęty ochroną z tytułu niniejszych OWU z następującymi limitami Pakietów:
 - 1) Pakiet Życie – maksymalnie 4 pakiety;
 - 2) Pakiet AntyRAK oraz Pakiet AntyRAK Plus – maksymalnie 4 pakiety;
 - 3) Pakiet Zdrowie – maksymalnie 4 pakiety;
 - 4) Pakiet Dziecko oraz Pakiet Dzieci – maksymalnie 4 pakiety;
 z zastrzeżeniem, o którym mowa w ust. 7.
7. W ramach jednej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dokonać następującego wyboru Pakietów:
 - 1) najwyżej jeden Pakiet Życie;
 - 2) najwyżej jeden z Pakietów ubezpieczenia Pakiet AntyRAK albo Pakiet AntyRAK Plus;

- 3) najwyżej jeden Pakiet Zdrowie;
- 4) najwyżej jeden z Pakietów ubezpieczenia Pakiet Dziecko albo Pakiet Dzieci.

Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność odpowiednio AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., świadczącego ochronę ubezpieczeniową w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie Pakietu ubezpieczenia, obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwa udzielają ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) w przypadku zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki – od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem zapłaty Składki w pełnej wysokości nie później niż w terminie zawarcia umowy pożyczki;
 - 2) w pozostałych przypadkach – od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem opłacenia Składki w pełnej wysokości w terminie 7 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że:
 - 3) w przypadku Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek oraz Zdarzeń medycznych – ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest po upływie 14 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 4) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego, diagnozy Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego oraz Drugiej opinii medycznej – ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest po upływie 30 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zawarcia kolejnych Umów ubezpieczenia na rzecz tego samego Ubezpieczonego na podstawie niniejszych OWU bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego okresu ubezpieczenia, gdzie ochrona ubezpieczeniowa świadczona była na podstawie niniejszych OWU, ust. 2 pkt 2)–4) nie mają zastosowania. Niniejszy ustęp nie obowiązuje w przypadku, gdy poprzednia umowa zostaje rozwiązana w trybie odstąpienia lub rezygnacji.
4. W przypadku nieopłacenia Składki w terminie ochrona nie będzie świadczona.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) śmierci Opiekuna prawnego Dziecka – w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka;
 - 3) śmierci Dziecka – w Pakiecie Dziecko w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka oraz Dziecku;
 - 4) śmierci wszystkich Dzieci – w Pakiecie Dzieci w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka oraz Dzieciom;
 - 5) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 6) z dniem następującym po złożeniu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - 7) zakończenia Okresu ubezpieczenia;
 - 8) ukończenia przez Ubezpieczonego:
 - a) 98. roku życia – w Pakiecie Zdrowie,
 - b) 21. roku życia w Pakiecie Dziecko i Pakiecie Dzieci,
 - c) 78. roku życia – w Pakiecie Życie, Pakiecie AntyRAK i Pakiecie AntyRAK Plus.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie diagnozy:
 - 1) Nowotworu złośliwego typu I wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I u Ubezpieczonego;

- 2) Nowotworu złośliwego typu II wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu II u Ubezpieczonego;
 - 3) Nowotworu przedinwazyjnego wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Poważnego zachorowania wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania.
 8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia odpowiednie Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej lub telefonicznie pod numer wskazany na stronie internetowej: www.provident.pl, bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta.
 9. Po upływie terminu wskazanego w ust. 8 Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia Towarzystwu w formie pisemnej lub dzwoniąc pod numer telefonu wskazany na stronie internetowej: www.provident.pl, bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta ze skutkiem na dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli Składka nie została zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty przez Towarzystwo w dodatkowym terminie 7 dni.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 6

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacić Składkę oraz powiadamiać odpowiednie Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie Pakietu ubezpieczenia o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.
3. Ubezpieczony jest uprawniony w szczególności do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia oraz żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Obowiązki Towarzystw

§ 7

Odpowiednie Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie Pakietu ubezpieczenia jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopolisu;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Składka

§ 8

1. Wysokość Składki zależy od Okresu ubezpieczenia, na jaki jest zawierana Umowa ubezpieczenia, oraz wybranego przez Ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia i jest obliczana na podstawie poniższych stawek ubezpieczenia:

Pakiet	Pakiet Życie	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus	Pakiet Zdrowie	Pakiet Dziecko	Pakiet Dzieci
Wysokość stawki tygodniowej	5 zł	5 zł	10 zł	5 zł	5 zł	10 zł
Wysokość stawki miesięcznej	21 zł	21 zł	42 zł	21 zł	21 zł	42 zł

- Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i:
 - w przypadku zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki – stanowi iloczyn wysokości odpowiednio stawki tygodniowej albo stawki miesięcznej i Okresu ubezpieczenia;
 - w pozostałych przypadkach – stanowi iloczyn wysokości odpowiednio stawki miesięcznej i Okresu ubezpieczenia (12-miesięcznego).
- Wysokość należnej odpowiedniemu Towarzystwu Składki oraz termin jej płatności są określone we Wnioskopolisie.
- Z tytułu: Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus, składka należna jest AXA Życie TU S.A.
- Z tytułu: Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci, składka należna jest AXA Ubezpieczenia TU IR S.A.

Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych

§ 9

- Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych są określone dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych i wynoszą:

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna
Pakiet Życie	śmierć Ubezpieczonego	8 700 zł
	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	8 700 zł
Pakiet AntyRAK	śmierć Ubezpieczonego	zwrot równowartości kwoty wpłaconej składki na rzecz AXA Życie TU S.A.
	diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego typ I	40 000 zł
	diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego typ II	4 000 zł
	diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego	4 000 zł
	świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych (załącznik nr 2 do OWU)
Pakiet AntyRAK Plus	śmierć Ubezpieczonego	zwrot równowartości kwoty wpłaconej składki na rzecz AXA Życie TU S.A.
	diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego: typ I	78 000 zł
	diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego: typ II	7 800 zł
	diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego	7 800 zł

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna
Pakiet AntyRAK Plus	świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych (załącznik nr 2 do OWU)
	zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych (załącznik nr 2 do OWU)
Pakiet Zdrowie	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek	19 800 zł
	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	39 600 zł
	Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	3 300 zł
	Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku: 1) grupa I 2) grupa II 3) grupa III	500 zł 1 300 zł 5 000 zł
	świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem usług medycznych (załącznik nr 1 do OWU)
	zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych	zgodnie z Regulaminem usług medycznych (załącznik nr 1 do OWU)
	Pakiet Dziecko/ Pakiet Dzieci	Pobyt Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek
Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku		39 600 zł
Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)		3 300 zł
Złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku: 1) grupa I 2) grupa II 3) grupa III		500 zł 1 300 zł 5 000 zł
Poważne zachorowanie Dziecka		10 000 zł
Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka		10 000 zł
świadczenie na rzecz Dziecka usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej		zgodnie z Regulaminem usług medycznych (załącznik nr 1 do OWU)
zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Dziecku kosztów świadczeń medycznych		zgodnie z Regulaminem usług medycznych (załącznik nr 1 do OWU)

2. Suma gwarancyjna jest ustalana dla wszystkich osób objętych ochroną ubezpieczeniową oraz na jedno i na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe.
3. W Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko i Pakiecie Dzieci Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych wskazane w Regulaminie usług medycznych są ustalane na 12-miesięczne okresy udzielania ochrony ubezpieczeniowej i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań lub spełnionych świadczeń z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone.
4. W Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko i Pakiecie Dzieci Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych wskazane w Regulaminie usług medycznych ulegają odnowieniu po upływie 12-miesięcznych okresów, dla których zostały ustalone, pod warunkiem dalszego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.
5. Sumy ubezpieczenia w Pakiecie Dzieci są wskazane dla każdego Ubezpieczonego osobno, natomiast suma gwarancyjna z tytułu Odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka przysługuje na grupę Ubezpieczonych wskazanych we Wnioskopolisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 10

Śmierć (w Pakiecie Życie, Pakiecie AntyRAK, Pakiecie AntyRAK Plus)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego AXA Życie TU S.A. wypłaci Uposażonym Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Poważne zachorowanie (w Pakiecie Życie, Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci)

2. W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego:
 - 1) w przypadku Pakietu Życie – AXA Życie S.A. wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej dla tego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) w przypadku Pakietu Dziecko i Pakietu Dzieci – AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej dla tego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego (w Pakiecie AntyRAK, Pakiecie AntyRAK Plus)

3. W razie diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego AXA Życie TU S.A. wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej dla danego typu nowotworu przedinwazyjnego.

Diagnoza Nowotworu złośliwego (w Pakiecie AntyRAK, Pakiecie AntyRAK Plus)

4. W razie diagnozy Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego AXA Życie TU S.A. wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej dla danego typu nowotworu.
5. W Pakiecie AntyRAK oraz Pakiecie AntyRAK Plus AXA Życie TU S.A. zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych (załącznik nr 2 do OWU) w razie zaistnienia Potrzeby medycznej.
6. W Pakiecie AntyRAK Plus, jeżeli Ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I, AXA Życie TU S.A. zorganizuje i pokryje Ubezpieczonemu koszty Drugiej opinii medycznej oraz udzieli pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych (załącznik nr 2 do OWU).

Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek (w Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci)

7. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. wypłaci świadczenie w kwocie równej 110 zł za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w Szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
8. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. W przypadku pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (w Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci)

9. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci świadczenie w kwocie równej 220 zł za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
10. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. W przypadku pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
11. Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek oraz Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie sumują się – AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci tylko świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo świadczenie z tytułu Pobytu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek. Jeżeli Pobyt w szpitalu spowodowany został więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną, AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)

12. W razie Pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci świadczenie w kwocie równej 110 zł za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, maksymalnie do wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
13. Świadczenie z tytułu Pobytu na OIOM/OIT zostanie wypłacone niezależnie od świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek albo Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (w Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci)

14. W przypadku złamania kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z tabelą złamań obowiązującą w dniu Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości.

Złamania – grupa I
pozostałe złamania kości niesklasyfikowane w grupie złamań II oraz III
Złamania – grupa II
kości piętowej
kości podudzia
kości ramiennej lub przedramienia
kości rzepki
Złamania – grupa III
kości czaszki (wyłącznie podstawy), z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki
kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości tonowej lub kulszowej oraz ogonowej)
kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego
kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu), z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych
kości udowej

Odpowiedzialność cywilna (w Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci)

15. W razie wyrządzenia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko Szkody rzeczowej lub osobowej Osobie trzeciej AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci świadczenie w kwocie równej poniesionej przez

Osobę trzecią szkodzie, za którą odpowiedzialność cywilną zgodnie z obowiązującymi przepisami ponosi Opiekun prawny lub Dziecko, maksymalnie do wyczerpania sumy gwarancyjnej.

16. W granicach swojej odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. zobowiązane jest do:
- 1) zbadania zasadności roszczeń zgłoszonych wobec Opiekuna prawnego Dziecka lub wobec Dziecka;
 - 2) pokrycia kosztów mających zapobiec zwiększeniu rozmiaru szkody, jeżeli były one celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
 - 3) wypłaty odszkodowania, które Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko są zobowiązani zapłacić osobie poszkodowanej z tytułu szkód objętych Umową ubezpieczenia na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez Towarzystwo ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu.

Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna (w Pakiecie Zdrowie, Pakiecie Dziecko, Pakiecie Dzieci)

17. W razie zaistnienia Potrzeby medycznej AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Ubezpieczonego lub Dziecka usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem usług medycznych, a w razie zajścia Zdarzenia medycznego – do zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń medycznych zgodnie z Regulaminem usług medycznych (załącznik nr 1 do OWU).

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystw

§ 11

1. Pakiet Życie

Śmierć Ubezpieczonego

- 1) AXA Życie TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem:
- a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - c) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - d) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - e) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - f) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

- 2) AXA Życie TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
- 3) AXA Życie TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie jest skutkiem:
- a) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - b) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - c) zespołu uzależnienia od alkoholu, choroby alkoholowej Ubezpieczonego;
 - d) zażywania przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - e) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- f) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

2. Pakiet AntyRAK, Pakiet AntyRAK Plus

Śmierć Ubezpieczonego

- 1) AXA Życie TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

Diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego

- 2) Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z diagnozą Nowotworu przedinwazyjnego:
 - a) który rozpoznano lub leczono w okresie 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - b) jeżeli w okresie 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest Nowotwór przedinwazyjny albo które wiążą się z koniecznością dalszej diagnostyki w kierunku wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - c) po śmierci Ubezpieczonego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
- 3) AXA Życie TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nowotwór przedinwazyjny jest następstwem:
 - a) zmian, które Ubezpieczony miał w okresie 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia i które zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako przednowotworowe, będących przyczyną wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego w ciągu 12 pierwszych miesięcy od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - b) samookałeczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - c) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - d) zespołu uzależnienia od alkoholu, choroby alkoholowej Ubezpieczonego;
 - e) zażywania przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - g) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
- 4) AXA Życie TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego w razie wystąpienia następujących stanów chorobowych:
 - a) dysplazji oraz wszelkich zmian przednowotworowych;
 - b) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego

- 5) Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z rozpoznaniem Nowotworu złośliwego:
 - a) który rozpoznano lub leczono w okresie 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - b) jeżeli w okresie 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest Nowotwór złośliwy albo które wiążą się

z koniecznością dalszej diagnostyki w kierunku wystąpienia Nowotworu złośliwego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;

- c) po śmierci Ubezpieczonego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
- 6) AXA Życie TU S.A nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nowotwór złośliwy jest następstwem:
- a) zmian, które Ubezpieczony miał w okresie 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia i które zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako przednowotworowe, będących przyczyną wystąpienia Nowotworu złośliwego w ciągu 12 pierwszych miesięcy od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - b) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - c) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - d) zespołu uzależnienia od alkoholu, choroby alkoholowej Ubezpieczonego;
 - e) zażywania przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - g) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
- 7) AXA Życie TU S.A nie ponosi odpowiedzialności z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego w razie wystąpienia następujących stanów chorobowych:
- a) nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji oraz wszelkich zmian przednowotworowych;
 - b) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

3. Pakiet Zdrowie, Pakiet Dziecko, Pakiet Dzieci

Pobyty Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- 1) AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - c) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - d) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

Złamanie kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- 2) AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) 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 dm³;

- c) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - d) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - e) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - f) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - g) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli nie posiadał on odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - h) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
 - i) złamania patologicznego, tzn. złamania powstałego wskutek istniejących wcześniej stanów chorobowych kości, oraz złamania podokostnowego (tzw. pęknięcia kości), oraz z tytułu złamania kości, które jest skutkiem Chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych lub leczonych przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - j) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - k) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
- 3) W przypadku złamań kości prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części i nie doszło do złamania kości.

Poważne zachorowanie Dziecka

- 4) AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nie ponosi odpowiedzialności: jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka było rozpoznane przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
- 5) AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka jest skutkiem:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Dziecko, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - b) choroby AIDS lub zakażenia Dziecka wirusem HIV;
 - c) zespołu uzależnienia od alkoholu, choroby alkoholowej Ubezpieczonego;

- d) zażywania przez Dziecko narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- e) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- f) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka

- 6) AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli szkoda powstała w wyniku:
- a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że ich udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) spożycia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - c) zażycia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - d) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - e) posiadania, używania, uruchamiania pojazdów mechanicznych silnikowych, lokomotyw, statków wodnych lub powietrznych bądź kierowania nimi;
 - f) umyślnego działania Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka;
 - g) naruszenia praw własności intelektualnej, dóbr osobistych;
 - h) wykonywania zabiegów o charakterze medycznym przeprowadzonych poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - i) posiadania lub używania materiałów wybuchowych, w tym fajerwerków, petard, sztucznych ogni, lub jeśli powstała z tytułu posiadania lub używania broni palnej, pneumatycznej lub amunicji do broni;
 - j) powolnego działania czynnika termicznego, chemicznego, biologicznego, w tym oddziaływania temperatury, gazów, oparów, wilgoci, dymu, sadzy, ścieków, zagrzybienia, wibracji oraz działania hałasu.
- 7) Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń:
- a) z tytułu Szkód rzeczowych:
 - i) w rzeczach należących do Osób trzecich, które Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko wzięli w najem, dzierżawę, leasing, użyczenie, użytkowanie, przechowują lub posiadają na podstawie umowy o podobnym charakterze albo posiadają bez tytułu prawnego (rzeczy najęte),
 - ii) w rzeczach należących do Osób trzecich, powstałych wskutek działalności Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka wykonywanej na tych rzeczach (np. obróbka, naprawa, remont, transport, kontrola itp.) lub za ich pomocą (rzeczy pod kontrolą); w przypadku szkód w nieruchomościach należących do Osób trzecich wyłączenie dotyczy jedynie jej części będącej bezpośrednim przedmiotem działalności;
- wyłączenie obowiązuje również wtedy, gdy jego przesłanki spełniają osoby, za które Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko ponoszą odpowiedzialność;

- b) z tytułu szkód powstałych w wyniku przeniesienia choroby zakaźnej, w sytuacji kiedy Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko o chorobie wiedzieli lub przy dołożeniu należytej staranności wiedzieć powinni;
 - c) w zakresie, w jakim w wyniku zawartej umowy lub innej czynności prawnej odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka wykracza poza zakres określony przepisami prawa;
 - d) o wykonanie lub należyte wykonanie zobowiązania oraz roszczeń o wykonanie zastępcze, jak również roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi, niezgodności towaru z umową i gwarancji jakości;
 - e) z tytułu szkód spowodowanych nieusunięciem przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko, w terminie określonym przez Towarzystwo, okoliczności niebezpiecznych, których usunięcia Towarzystwo słusznie mogło się domagać i się domagało; za okoliczność niebezpieczną uważa się okoliczność, która spowodowała uprzednio szkodę;
 - f) z tytułu kar umownych i odsetek, do których zapłaceniu zobowiązany jest Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko, a także odszkodowań o charakterze karnym, w szczególności *punitive and exemplary damages*, ani środków karnych o charakterze pieniężnym, np. nawiązka, obowiązek naprawienia szkody i świadczenie pieniężne.
- 8) Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód:
- a) powstałych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) wyrządzonych Osobie bliskiej Opiekuna prawnego Dziecka lub Osobie bliskiej Dziecka;
 - c) polegających na zniszczeniu, uszkodzeniu, zaginięciu lub kradzieży gotówki, papierów wartościowych, bonów towarowych, substytutów pieniądza, dzieł sztuki, biżuterii, przedmiotów z metali lub kamieni szlachetnych, wszelkiego rodzaju dokumentów, nośników danych, zbiorów o charakterze kolekcjonerskim lub archiwalnym lub rzeczy ruchomych oraz przedmiotów o charakterze zabytkowym lub unikatowym, archiwalnym;
 - d) wynikających z niewykonania lub nienależytego wykonania przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko wymaganych przepisami prawa remontów, konserwacji lub przeglądów z tytułu posiadania lub najmu nieruchomości – niezależnie od tego kto jest stroną umowy najmu, w przypadku gdy było to przyczyną szkody;
 - e) objętych systemem obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, w ramach którego Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko mieli obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej;
 - f) kar umownych, grzywn sądowych, kar administracyjnych, podatków ani należności publicznonaprawnych, do których zapłaceniu są zobowiązani Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko.
- 9) AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nie odpowiada za dodatkowe koszty wynikające z braku zgody Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka na zawarcie przez Towarzystwo ugody z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń.
4. Towarzystwa nie ponoszą odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwa na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Wypłata świadczenia

§ 12

1. AXA Życie TU S.A. jest zobowiązane do wypłaty świadczenia z tytułu Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus, a AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. jest zobowiązane do wypłaty świadczenia z tytułu Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci, w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia

TUIR S.A. wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym z dochowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

3. Bezporną część świadczenia AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci w terminie, o którym mowa w ust. 1.
4. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez AXA Życie TU S.A. w formie bezgotówkowej (z wyjątkiem wypłat do kwoty 3000 zł, gdzie jest dopuszczona forma przekazu pocztowego) lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym (dotyczy: Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci), zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie AXA Życie TU S.A.:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miało miejsce;
 - 6) jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postępowania z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie);
 - 7) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, a w przypadku nieposiadania dokumentacji – adresów tych placówek;
 - 8) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego jest przedstawienie AXA Życie TU S.A.:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania;
 - 4) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Poważnym zachorowaniem, uwzględniającej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia;
 - 5) protokołu policyjnego lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania Poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie.
7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego albo diagnozy Nowotworu złośliwego jest przedstawienie AXA Życie TU S.A.:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala (lub adresów placówek), w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, potwierdzającej diagnozę lub rozpoznanie Nowotworu lub jego objawów, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, w tym wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenia rozpoznania guzów śródczaszkowych;
 - 3) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek jest przedstawienie AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;

- 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 3) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego).
9. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie AXA Ubezpieczenia TUiR S.A:
- 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) opisu okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania);
 - 5) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego).
10. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu pobytu na OIOM/OIT jest przedstawienie Towarzystwu karty leczenia szpitalnego z informacją o pobycie na oddziale intensywnej opieki medycznej.
11. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu złamania kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie AXA Ubezpieczenia TUiR S.A:
- 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia;
 - 4) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego).
12. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka jest przedstawienie AXA Ubezpieczenia TUiR S.A:
- 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka;
 - 3) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego);
 - 4) dokumentacji medycznej z przychodni, ze szpitala (lub adresów placówek), w których Dziecko było zarejestrowane i leczone w związku z zaistniałym Poważnym zachorowaniem, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia;
 - 5) protokołu policyjnego lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Dziecka policja lub prokuratura prowadziły postępowanie.
13. AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
14. Dokumenty, o których mowa w ustępach 5–13 niniejszego paragrafu, powinny zostać złożone AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. w oryginale lub kopii, której zgodność z oryginałem została potwierdzona przez notariusza, Agenta albo pracownika Towarzystwa.

15. Zgodność kopii dokumentacji medycznej z oryginałem może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani i leczeni w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
16. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, uprawniony do otrzymania świadczenia przesyła bezpośrednio na poniższy adres:
 - 1) Pakiet Życie, Pakiet AntyRAK, Pakiet AntyRAK Plus:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
 - 2) Pakiet Zdrowie, Pakiet Dziecko, Pakiet Dzieci:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA.
17. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

Reklamacje

§ 13

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wnosić reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. świadczącego ochronę ubezpieczeniową w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie Pakietu ubezpieczenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce odpowiednio AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie odpowiednio AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo drogą pocztową na ten adres, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA.
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce odpowiednio AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. obsługującej Klientów.
4. Odpowiedź odpowiednio AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. 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, AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. 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 AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. 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, AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. 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 AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. 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 odpowiedniemu Towarzystwu, tj. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. oraz AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w § 14 ust. 1 i 2.
10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji 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).

Właściwość sądowa

§ 14

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Regres ubezpieczeniowy

§ 15

1. Z dniem wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka oraz z dniem spełnienia świadczeń medycznych zgodnie z Regulaminem usług medycznych (załącznik nr 1 do OWU) z mocy prawa przechodzi na AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. przysługujące Opiekunowi prawnemu Dziecka lub Dziecku roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania lub spełnionego świadczenia. Jeżeli AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. pokryło tylko część szkody, Opiekunowi prawnemu Dziecka lub Dziecku przysługuje co do pozostałej części roszczenia pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
2. Przejście roszczeń nie następuje, jeżeli stałoby się to ze szkodą dla Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka, a także gdy sprawcą szkody jest osoba pozostająca z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że szkoda została wyrządzona umyślnie.
3. Opiekun prawny Dziecka i Dziecko są zobowiązani udzielić AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić niezbędnych informacji.
4. W razie zrzeczenia się lub ograniczenia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko bez zgody AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. praw przysługujących mu od osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. może odmówić wypłaty odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć, a w przypadku gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, podlega ono zwrotowi w całości lub odpowiedniej części.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. O ile umowa nie stanowi inaczej ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące Umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Zmiana danych teled adresowych wskazanych w § 13 ust. 2 i 10 nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia.

3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. publikowane są na naszej stronie internetowej.
5. 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.
6. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku.
7. 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.

§ 17

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 2/27/08/2020 z dnia 27 sierpnia 2020 r. i uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nr 3/27/08/2020 z dnia 27 sierpnia 2020 r.
2. Integralną część OWU stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin usług medycznych;
 - 2) Załącznik nr 2 do OWU – Regulamin świadczeń medycznych;
 - 3) Załącznik nr 3 do OWU – Lista Nowotworów złośliwych;
 - 4) Załącznik nr 4 do OWU – Lista Nowotworów przedinwazyjnych.

Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin usług medycznych (dotyczy: Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko oraz Pakietu Dzieci)

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
2. W razie zaistnienia Potrzeby medycznej AXA Ubezpieczenia TUIr S.A. za pośrednictwem Centrum Alarmowego udzieli na zasadach ustalonych w § 2 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego Medyczna Platforma Informacyjna.
3. W razie zajścia Zdarzenia medycznego AXA Ubezpieczenia TUIr S.A. za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizuje świadczenia medyczne albo je zorganizuje i pokryje ich koszty na zasadach określonych w § 3 – § 6 niniejszego Regulaminu.

Medyczna Platforma Informacyjna

§ 2

1. Na wniosek Ubezpieczonego, w razie wystąpienia Potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:
 - 1) NATYCHMIASTOWEJ POMOCY – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania;
 - 2) UKĄSZEŃ – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń;
 - 3) JEDNOSTEK CHOROBYCH – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen;
 - 5) PROFILAKTYKI – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa;
 - 6) OPISÓW BADAŃ – wyjaśnianie opisów/wyników wykonanych badań;
 - 7) PRZYGOTOWANIA DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych;
 - 8) BADAŃ KONTROLNYCH – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - 9) LEKÓW – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków;
 - 10) ALTERNATYWNYCH METOD LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach);
 - 11) UWARUNKOWAŃ MEDYCZNYCH – dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - 12) GRUP WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;
 - 13) DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed podróżą i w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
2. Ponadto Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.

3. Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli również informacji na temat danych teled adresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa;
 - 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - 3) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa;
 - 4) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym szczególnie na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - 5) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - 6) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 i ust. 3, mają charakter ogólny, nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego, nie stanowią porady medycznej.

Świadczenia medyczne – zasady ogólne

§ 3

1. Na wniosek Ubezpieczonego, w razie wystąpienia Zdarzenia medycznego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje następujące świadczenia medyczne albo je zorganizuje i pokryje ich koszty zgodnie z opisem danego świadczenia zawartym w § 4 niniejszego Regulaminu:
 - 1) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu;
 - 2) Dostarczenie Leków;
 - 3) Refundacja Leków;
 - 4) Wizyta u lekarza specjalisty;
 - 5) Wizyta u lekarza rehabilitacji;
 - 6) Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu;
 - 7) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 8) Transport do Placówki medycznej;
 - 9) Transport z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania;
 - 10) Transport pomiędzy Placówkami medycznymi;
 - 11) Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu;
 - 12) Wizyta u psychologa lub psychiatry.
2. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie Zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia wypełniane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Towarzystwo spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w niniejszym Regulaminie. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.

Świadczenia medyczne – opis świadczeń

§ 4

1. Wizyta lekarza pierwszego kontaktu:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe Towarzystwa ją zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza (wyłącznie internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej) w Miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługuje wyłącznie sześć wizyt lekarza pierwszego kontaktu w tym samym Okresie ubezpieczenia.

2. Dostarczenie Leków:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane Leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony z uwagi na swój stan zdrowia nie może opuszczać Miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego; warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia Leków;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie trzy świadczenia dostarczenia Leków w tym samym Okresie ubezpieczenia.
3. Refundacja Leków:
 - 1) przy organizacji przez Towarzystwo świadczenia „Dostarczenie Leków”, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo pokrywa również koszty dostarczonych Leków do kwoty 400 zł; powyżej tej kwoty koszt nabycia Leków pokrywa odpowiednio Ubezpieczony; refundacja Leków dotyczy tylko Leków z recepty;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie trzy świadczenia refundacji Leków, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
4. Wizyta u lekarza specjalisty:
 - 1) w przypadku wystąpienia Zdarzenia medycznego Centrum Alarmowe Towarzystwa – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługuje wyłącznie sześć wizyt u lekarza specjalisty w tym samym Okresie ubezpieczenia.
5. Wizyta u lekarza rehabilitacji:
 - 1) w przypadku wystąpienia Zdarzenia medycznego Centrum Alarmowe Towarzystwa, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty u lekarza rehabilitacji, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
6. Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy Miejscem pobytu jest Placówka medyczna;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.
7. Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy Miejscem pobytu jest Placówka medyczna;
 - 2) Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia, wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 500 zł;
 - 3) danemu uprawnionemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie „Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.

8. Transport do Placówki medycznej:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje transport i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka z Miejsca jego pobytu do najbliższej odpowiedniej Placówki medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; o wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu do Placówki medycznej, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
9. Transport z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z dokumentacją medyczną – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego; o wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
10. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu ich zdrowia, lub jest skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka pomiędzy Placówkami medycznymi; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego; w przypadku gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu pomiędzy Placówkami medycznymi, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
11. Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu swojego pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu Ubezpieczonego; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty pielęgniarki w Miejscu pobytu, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
12. Wizyta u psychologa lub psychiatry:
 - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony wymaga pomocy psychologa albo psychiatry, Centrum Alarmowe Towarzystwa ją zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa lub psychiatry;
 - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie cztery wizyty u psychologa albo psychiatry w tym samym Okresie ubezpieczenia.

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 2) 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 dm³, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
 - 3) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
 - 4) chorób psychicznych Ubezpieczonego (wyłączenie nie dotyczy wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych uprawniających do skorzystania z pomocy psychologa/psychiatry);
 - 5) próby samobójczej Ubezpieczonego;
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego albo umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Towarzystwa i ponieśli koszty samodzielnej organizacji usług medycznych bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym Towarzystwa było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
3. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są Zdarzenia medyczne, które są skutkiem Chorób zdiagnozowanych, Chorób przewlekłych, jak też chorób rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed Dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od tego dnia.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów:
 - 1) leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest związane ze Zdarzeniem medycznym;
 - 2) leczenia sanatoryjnego.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;
 - 2) chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
 - 3) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
 - 4) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także koszty związane z zakupem środków antykoncepcyjnych;
 - 5) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było związane ze Zdarzeniem medycznym.
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportu, przez co rozumie się formę aktywności fizycznej, podejmowaną dobrowolnie w celu rywalizacji sportowej lub dla uzyskania maksymalnych

- wyników sportowych, obejmującą treningi, udział w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
- 2) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobacyjne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolnego podejmowania decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
 8. W przypadku świadczenia „Dostarczenie Leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Leków w aptekach w promieniu 50 km od Miejsca pobytu Ubezpieczonego.
 9. W przypadku świadczeń medycznych wymagających zwolnienia służb medycznych, udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Towarzystwa i podmiotów działających w jego imieniu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej ani na udostępnienie dokumentacji z leczenia.

Świadczenia medyczne – obowiązki Ubezpieczonego i Opiekuna prawnego Dziecka

§ 6

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, uprawniony do świadczenia jest zobowiązany:
 - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 95 97;
 - 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) miejsce zdarzenia,
 - d) Miejsce pobytu lub Miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy,
 - g) opis okoliczności Zdarzenia medycznego;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
 - 4) zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu następstw Zdarzenia medycznego.

2. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

Załącznik nr 2 do OWU – Regulamin świadczeń medycznych (dotyczy Pakietu AntyRAK oraz Pakietu AntyRAK Plus)

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
2. W razie zaistnienia Potrzeby medycznej AXA Życie TU S.A. udzieli na zasadach ustalonych w § 2 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego Nowotworowa Platforma Informacyjna.
3. W Pakiecie AntyRAK Plus, jeżeli Ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty Drugiej opinii medycznej oraz udzieli pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, o co Ubezpieczony wystąpił w okresie 24 miesięcy od daty uzyskania tego prawa, na zasadach określonych w § 3 i § 4 niniejszego Regulaminu.

Nowotworowa Platforma Informacyjna

§ 2

1. Na wniosek Ubezpieczonego, w razie wystąpienia Potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:
 - 1) czynników wpływających na rozwój nowotworów;
 - 2) profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu;
 - 3) rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych, dotyczących nowotworów;
 - 4) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów;
 - 5) sposobów zerwania lub radzenia sobie z nałogiem nikotynowym;
 - 6) leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami;
 - 7) możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
 - 8) poziomu refundacji leków;
 - 9) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) rekomendowanych przez Lekarza partnera medycznego, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego;
 - 10) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - 11) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - 12) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1, mają charakter ogólny i informacyjny, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie stanowią porady medycznej.

§ 3

1. Jeżeli Ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje i pokryje koszty sporządzenia przez Eksperta medycznego Drugiej opinii medycznej.
2. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej opinii medycznej polega na podjęciu następujących czynności:
 - 1) udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej opinii medycznej;
 - 2) zapewnieniu wydania przez Eksperta medycznego Drugiej opinii medycznej;
 - 3) udostępnieniu Drugiej opinii medycznej Ubezpieczonemu.
3. W celu uzyskania świadczenia Drugiej opinii medycznej Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania Partnerowi medycznemu Towarzystwa:
 - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia Drugiej opinii medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub Partnera medycznego;
 - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej opinii medycznej.
4. Treść Drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji. Koszty dostarczenia do Partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.
5. Jeżeli zgodnie z opinią Eksperta medycznego zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do realizacji świadczenia. W przypadku nowotworów, dla których wynik badania histopatologicznego zdaniem Eksperta medycznego jest konieczny do wydania Drugiej opinii medycznej, Partner medyczny pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od Ubezpieczonego, pod warunkiem ich dostarczenia przez Ubezpieczonego.
6. Lekarz Partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym lub jego opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej, jak i w celu omówienia wszelkich pytań i zagadnień z nią związanych.
7. Druga opinia medyczna realizowana jest przy wykorzystaniu metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Ekspertem medycznym.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty dostarczenia Partnerowi medycznemu dokumentów, o których mowa w ust. 3 i ust. 4. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, okazało się niemożliwe, Partner medyczny sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
9. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania, z tym że w przypadku zaistnienia zmian w obrazie stanu chorobowego, potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych, Ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga opinia medyczna.
10. Raport Drugiej opinii medycznej zawiera:
 - 1) opis historii choroby Ubezpieczonego;
 - 2) opinie Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez Eksperta medycznego;
 - 4) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego – jeśli zostały zadane;
 - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla przypadku medycznego Ubezpieczonego;
 - 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych Eksperta medycznego, który przygotował Drugą opinię medyczną.

§ 4

1. Towarzystwo za pośrednictwem Partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej opinii medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej opinii medycznej.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia Partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
 - 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której Ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie Drugiej opinii medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
 - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w Drugiej opinii medycznej;
 - 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej opinii medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u Ubezpieczonego;
 - 5) organizuje transport Ubezpieczonego do placówki medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w Drugiej opinii medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez Partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
5. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do Partnera medycznego.
6. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

Załącznik nr 3 do OWU – Lista nowotworów złośliwych

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Nowotwór złośliwy typ I		
C00 nowotwory złośliwe wargi	40 000 zł	78 000 zł
C01 nowotwór złośliwy nasady języka	40 000 zł	78 000 zł
C02 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	40 000 zł	78 000 zł
C03 nowotwór złośliwy dziąsła	40 000 zł	78 000 zł
C04 nowotwór złośliwy dna jamy ustnej	40 000 zł	78 000 zł
C05 nowotwór złośliwy podniebienia	40 000 zł	78 000 zł
C06 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej	40 000 zł	78 000 zł
C07 nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej	40 000 zł	78 000 zł
C08 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych	40 000 zł	78 000 zł
C09 nowotwory złośliwe migdałka	40 000 zł	78 000 zł
C10 nowotwór złośliwy części ustnej gardła (oropharynx)	40 000 zł	78 000 zł
C11 nowotwór złośliwy części nosowej gardła (nasopharynx)	40 000 zł	78 000 zł
C12 nowotwór złośliwy schyłku gruszkowatego	40 000 zł	78 000 zł
C13 nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła (hypopharynx)	40 000 zł	78 000 zł
C14 nowotwór złośliwy o innym i o bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	40 000 zł	78 000 zł
C15 nowotwór złośliwy przetyku	40 000 zł	78 000 zł
C16 nowotwór złośliwy żołądka	40 000 zł	78 000 zł
C17 nowotwór złośliwy jelita cienkiego	40 000 zł	78 000 zł
C18 nowotwór złośliwy jelita grubego	40 000 zł	78 000 zł
C19 nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	40 000 zł	78 000 zł
C20 nowotwór złośliwy odbytnicy	40 000 zł	78 000 zł
C21 nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu	40 000 zł	78 000 zł
C22 nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	40 000 zł	78 000 zł
C23 nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego	40 000 zł	78 000 zł
C24 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych	40 000 zł	78 000 zł
C25 nowotwór złośliwy trzustki	40 000 zł	78 000 zł
C26 nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów trawiennych	40 000 zł	78 000 zł
C30 nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego	40 000 zł	78 000 zł
C31 nowotwór złośliwy zatok przynosowych	40 000 zł	78 000 zł

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Nowotwór złośliwy typ I		
C32 nowotwór złośliwy krtani	40 000 zł	78 000 zł
C33 nowotwór złośliwy tchawicy	40 000 zł	78 000 zł
C34 nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	40 000 zł	78 000 zł
C37 nowotwór złośliwy grasicy	40 000 zł	78 000 zł
C38 nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej	40 000 zł	78 000 zł
C39 nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych części układu oddechowego i narządów klatki piersiowej	40 000 zł	78 000 zł
C40 nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn	40 000 zł	78 000 zł
C41 nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	40 000 zł	78 000 zł
C43 czerniak złośliwy skóry przekraczający warstwę naskórka	40 000 zł	78 000 zł
C45 międzybłoniak	40 000 zł	78 000 zł
C46 mięsak Kaposiego	40 000 zł	78 000 zł
C47 nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	40 000 zł	78 000 zł
C48 nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej	40 000 zł	78 000 zł
C49 nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	40 000 zł	78 000 zł
C50 nowotwór złośliwy sutka	40 000 zł	78 000 zł
C51 nowotwór złośliwy sromu	40 000 zł	78 000 zł
C52 nowotwór złośliwy pochwy	40 000 zł	78 000 zł
C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy	40 000 zł	78 000 zł
C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy	40 000 zł	78 000 zł
C55 nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy	40 000 zł	78 000 zł
C56 nowotwór złośliwy jajnika	40 000 zł	78 000 zł
C57 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych	40 000 zł	78 000 zł
C58 nowotwór złośliwy łożyska	40 000 zł	78 000 zł
C60 nowotwór złośliwy prącia	40 000 zł	78 000 zł
C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania nie mniejszym niż T2N0M0	40 000 zł	78 000 zł
C62 nowotwór złośliwy jądra	40 000 zł	78 000 zł
C63 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych	40 000 zł	78 000 zł
C64 nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	40 000 zł	78 000 zł
C65 nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej	40 000 zł	78 000 zł

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Nowotwór złośliwy typ I		
C66 nowotwór złośliwy moczowodu	40 000 zł	78 000 zł
C67 nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	40 000 zł	78 000 zł
C68 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych	40 000 zł	78 000 zł
C69 nowotwór złośliwy oka	40 000 zł	78 000 zł
C70 nowotwór złośliwy opon	40 000 zł	78 000 zł
C71 nowotwór złośliwy mózgu	40 000 zł	78 000 zł
C72 nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego	40 000 zł	78 000 zł
C73 nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowy w stopniu wyższym niż ograniczony do gruczołu tarczowego)	40 000 zł	78 000 zł
C74 nowotwór złośliwy nadnerczy	40 000 zł	78 000 zł
C75 nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych	40 000 zł	78 000 zł
C76 nowotwór złośliwy umiejscowienie innych i niedokładnie określonych	40 000 zł	78 000 zł
C77 wtórne i nieokreślone nowotwory złośliwe węzłów chłonnych	40 000 zł	78 000 zł
C78 wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	40 000 zł	78 000 zł
C79 wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	40 000 zł	78 000 zł
C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	40 000 zł	78 000 zł
C81 choroba Hodgkina	40 000 zł	78 000 zł
C82 chłoniak nieziarniczny guzkowy (grudkowy)	40 000 zł	78 000 zł
C83 chłoniaki nieziarnicze rozlane	40 000 zł	78 000 zł
C84 obwodowy i skórny chłoniak z komórek T	40 000 zł	78 000 zł
C85 inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarnicznych	40 000 zł	78 000 zł
C88 złośliwe choroby immunoproliferacyjne	40 000 zł	78 000 zł
C90 szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	40 000 zł	78 000 zł
C91 białaczka limfatyczna	40 000 zł	78 000 zł
C92 białaczka szpikowa	40 000 zł	78 000 zł
C93 białaczka monocytowa	40 000 zł	78 000 zł
C94 inne białaczki określonego rodzaju	40 000 zł	78 000 zł
C95 białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju	40 000 zł	78 000 zł
C96 inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	40 000 zł	78 000 zł
C97 nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień	40 000 zł	78 000 zł

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Nowotwór złośliwy typ II		
C43 czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka	4 000 zł	7 800 zł
C44 inne nowotwory złośliwe skóry	4 000 zł	7 800 zł
C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0	4 000 zł	7 800 zł
C73 nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego)	4 000 zł	7 800 zł

Załącznik nr 4 do OWU – Lista nowotworów przedinwazyjnych

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Nowotwór przedinwazyjny		
D00 rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka	4 000 zł	7 800 zł
D01 rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych	4 000 zł	7 800 zł
D02 rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	4 000 zł	7 800 zł
D03 czerniak in situ	4 000 zł	7 800 zł
D04 rak in situ skóry	4 000 zł	7 800 zł
D05 rak in situ sutka	4 000 zł	7 800 zł
D06 rak in situ szyjki macicy	4 000 zł	7 800 zł
D07 rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych	4 000 zł	7 800 zł
D09 rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień	4 000 zł	7 800 zł

Jak skorzystasz ze świadczeń medycznych, gdy nagle zachorujesz lub ulegniesz nieszczęśliwemu wypadkowi

Potrzebujesz:



konsultacji lekarzy specjalistów



rehabilitacji lub sprzętu rehabilitacyjnego



dostarczenia leków



transportu medycznego

zadzwoń na infolinię medyczną:
22 575 95 97*

Jak złożysz wniosek o świadczenie pieniężne



lub





Pobierz wniosek o wypłatę świadczenia z broszury lub z axa.pl/centrum-klienta

Wypełnij wniosek, dołącz wskazane w nim dokumenty i wyślij do AXA

Wnioski dot. **Pakietów Życie, AntyRAK, AntyRAK Plus** wyślij do AXA Życie TU S.A.

Wnioski dot. **Pakietów Zdrowie, Dziecko, Dzieci** wyślij do AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA

Jak uzyskać dodatkowe informacje na temat ubezpieczenia





lub



Potrzebujesz więcej informacji na temat ubezpieczenia

zadzwoń na infolinię AXA:
22 599 95 22*

napisz:
ubezpieczenia@axa.pl

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 00 52, www.axa.pl

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859

Kapitał zakładowy: 444 440 000 zł – wpłacony w całości

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 00 52, www.axa.pl

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155

Kapitał zakładowy: 107 912 677 zł – wpłacony w całości