



Szczególne warunki ubezpieczenia



**Pakiet Medyczny
dla Klientów
Providenta**

Indeks PM/2020/08

Formularz do SWU

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

Szczególne warunki ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta”
– indeks PM/2020/08.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	SWU: § 2; § 3 ust. 1 i 2 § 4 ust. 1; § 7 ust. 1, ust. 3, ust. 6–8 Tabela nr 1 – Tabela inwalidztwa Tabela nr 2 – Tabela złamań Regulamin usług medycznych: § 1 ust. 2–5; § 3 ust. 1 § 4 ust. 1, ust. 2 pkt 1), ust. 3 pkt 1), ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 1), ust. 6 pkt 1), ust. 7 pkt 1), ust. 8 pkt 1), ust. 9 pkt 1), ust. 10 pkt 1) i ust. 11 pkt 1)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	SWU: § 4 ust. 2–4; § 5 ust. 5 § 7 ust. 5; § 9 Regulamin usług medycznych: § 2; § 3 ust. 2 § 4 ust. 2 pkt 2), ust. 3 pkt 2), ust. 4 pkt 2), ust. 5 pkt 2), ust. 6 pkt 2) i 3), ust. 7 pkt 2) i 3), ust. 8 pkt 2), ust. 9 pkt 2), ust. 10 pkt 2) i ust. 11 pkt 2) § 5 ust. 5

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” o indeksie PM/2020/08 (SWU) regulują zasady, na jakich AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klientów Provident Polska S.A.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w SWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
- 2) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych;
- 3) **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;
- 4) **choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
- 5) **choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentystę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 6) **data przystąpienia do ubezpieczenia** – data złożenia Ubezpieczającemu deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 7) **deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemne oświadczenie Ubezpieczonego, w którym wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową, świadczoną przez Towarzystwo w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA;
- 8) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
 - a) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) pobyt w szpitalu w wyniku choroby – pierwszy dzień pobytu w szpitalu,
 - c) pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji:
 - w przypadku osób, którym nie przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy: dzień wskazany w orzeczeniu pierwszorazowym przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, odpowiednio jako data początkowa całkowitej niezdolności do pracy lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data istnienia niezdolności do pracy albo odpowiednio
 - w przypadku osób, którym przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy: dzień wskazany w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, jako data początkowa całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data istnienia niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - e) inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień nieszczęśliwego wypadku, w konsekwencji którego doszło do powstania inwalidztwa,

- f) złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) zdarzenie medyczne lub potrzeba medyczna – odpowiednio dzień nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub powstania potrzeby medycznej;
- 9) **inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – trwałe upośledzenie funkcji organizmu, którego zakres został wskazany w Tabeli nr 1 – Tabela inwalidztwa zawartej w niniejszych SWU, będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) **Klient** – osoba fizyczna, która zawarła z Provident Polska S.A. konsumencką umowę pożyczki ze splatą tygodniową lub miesięczną (zwaną dalej również „konsumencką umową pożyczki”);
 - 11) **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;
 - 12) **lek** – określony w zakresie leków gotowy produkt leczniczy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (j.t. Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 z późn. zm.), którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty;
 - 13) **lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – osoba wskazana przez Centrum Alarmowe Towarzystwa i uprawniona do występowania w imieniu Towarzystwa oraz uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
 - 14) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
 - 15) **miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Usług Medycznych zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
 - 16) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia poprzez podanie dokładnego adresu;
 - 17) **nagłe zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 18) **niedowład** – całkowita i trwała utrata nerwu;
 - 19) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależnie 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 SWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego; na potrzeby świadczeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 20) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy lub rak in situ:
 - a) nowotwór złośliwy – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00-C97), charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; rozpoznanie nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; za nowotwór złośliwy nie uznaje się:
 - dysplazji,
 - wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) rak in situ (Carcinoma in situ) – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in-situ” (D00-D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawowej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego potwierdzonego przez lekarza patomorfologa;
 - 21) **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 SWU 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 SWU za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu SWU za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej ani sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;

- 22) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 23) **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;
- 24) **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 i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 25) **pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; w rozumieniu niniejszych SWU 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 (liczone są dni kalendarzowe);
- 26) **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 (liczone są dni kalendarzowe);
- 27) **Regulamin** – Regulamin usług medycznych, stanowiący załącznik do niniejszych SWU;
- 28) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 29) **składka** – kwota obliczona zgodnie z umową ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jednemu Ubezpieczonemu w całym okresie ubezpieczenia, na podstawie jednej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 30) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 31) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;

- 32) **Towarzystwo** – AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chtodnej 51;
- 33) **całkowita niezdolność do pracy** albo **całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji**:
- w przypadku osób, którym nie przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, orzeczona na okres powyżej 12 miesięcy, stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego,
 - w przypadku osób, którym przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, orzeczona na okres powyżej 12 miesięcy, stwierdzona na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego; orzeczenie o braku zdolności do samodzielnej egzystencji musi zostać wydane po raz pierwszy;
- 34) **Ubezpieczający** – Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A;
- 35) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca Klientem Ubezpieczającego, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 36) **umowa ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA dla Klientów Provident Polska S.A. zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym;
- 37) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego;
- 38) **utrata** (organu lub funkcji danego organu) – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu;
- 39) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie w celu rywalizacji sportowej lub dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych, obejmująca treningi, udział w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
- 40) **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:
- pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym – motorowerem, pojazdem silnikowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - rowerzystą,
 - pieszy;
- 41) **zdarzenie medyczne**:
- nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z 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 złośliwy lub raka in situ, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych, tj.:
- Wizyta u psychologa lub psychiatry;
- 42) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo: pobyt w szpitalu w wyniku choroby, pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT), całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji, inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku, złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz zdarzenie medyczne, którego dzień wystąpienia miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, a także potrzeba medyczna powstała w okresie ubezpieczenia i zgłoszona w tym okresie w ramach Medycznego Centrum Informacyjnego zgodnie z Regulaminem usług medycznych;
- 43) **złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną, wskazane w Tabeli nr 2 – Tabela złamań zawartej w niniejszych SWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zapłatę określonej w SWU kwoty w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) – dla Ubezpieczonych do 75. roku życia, albo
 - 2) pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - 3) w zależności od wieku Ubezpieczonego:
 - a) całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego – dla Ubezpieczonych do 75. roku życia, albo
 - b) inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dla Ubezpieczonych powyżej 75. roku życia, oraz
 - 4) złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - 5) zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów w przypadku zajścia zdarzenia medycznego lub potrzeby medycznej zgodnie z Regulaminem usług medycznych.
3. Wiek Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ustala się na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 4

1. Do ubezpieczenia jako Ubezpieczony może przystąpić osoba fizyczna, będąca Klientem, która:
 - 1) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 95. roku życia;
 - 2) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożyła deklarację przystąpienia do ubezpieczenia, wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej deklaracji.
2. Osobom, które nie spełniają warunków określonych w ust. 1, Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeżeli Ubezpieczający przyjął deklarację przystąpienia do ubezpieczenia i opłacił składkę za taką osobę. W razie ujawnienia takiego przypadku składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi.
3. W ramach jednej konsumenckiej umowy pożyczki do ubezpieczenia może przystąpić tylko jeden Ubezpieczony na podstawie jednej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

4. Ubezpieczony w tym samym czasie może być obejmowany ochroną w ramach ubezpieczenia w związku z zawarciem nie więcej niż czterech umów pożyczki.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po dacie przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Okres ubezpieczenia to pierwotny okres, na jaki została zawarta konsumencka umowa pożyczki pomiędzy Ubezpieczającym a Klientem, z zastrzeżeniem ust. 3–7.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ryzyka pobyt w szpitalu w wyniku choroby oraz zdarzeń medycznych rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia określonego w ust. 1 i kończy się z upływem pierwotnego okresu, na jaki została zawarta konsumencka umowa pożyczki.
4. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych SWU bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego okresu ubezpieczenia, gdzie ochrona ubezpieczeniowa świadczona była na podstawie niniejszych SWU, ust. 3 nie ma zastosowania. Niniejszy ustęp nie obowiązuje, w przypadku gdy Klient wystąpił bądź odstąpił od umowy ubezpieczenia w poprzednim okresie ubezpieczenia.
5. Towarzystwo przestaje świadczyć ochronę ubezpieczeniową Ubezpieczonemu z upływem dnia, w którym:
 - 1) Ubezpieczający i Towarzystwo rozwiązali umowę ubezpieczenia, przy czym w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa nie wygaśnie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona składka;
 - 2) Ubezpieczający odstąpił od umowy ubezpieczenia;
 - 3) Ubezpieczony złożył oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia;
 - 4) upłynął dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia;
 - 5) zakończył się okres ubezpieczenia;
 - 6) Ubezpieczony zmarł;
 - 7) Ubezpieczony ukończył 95. rok życia;
 - 8) umowa ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego została rozwiązana wskutek nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego – na zasadach i w trybie określonych w umowie ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.
7. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia odstąpić od ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki. Warunkiem skutecznego odstąpienia od ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia.
8. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem następującym po dniu złożenia pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony. Warunkiem skutecznego wystąpienia jest złożenie przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

9. Wcześniejsza całkowita spłata przez Ubezpieczonego pożyczki konsumenckiej zawartej z Ubezpieczającym nie powoduje jednoczesnego odstąpienia od ubezpieczenia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana, chyba że Ubezpieczony złoży jednocześnie odpowiednie oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 6, 7 i 8.

Sumy ubezpieczenia

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia lub limity świadczeń są określone dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby wynosi 18 000 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 36 000 zł.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) wynosi 3 000 zł.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji wynosi 100 000 zł.
6. Suma ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 000 zł.
7. Suma ubezpieczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi:

Grupa I	500 zł
Grupa II	1 300 zł
Grupa III	5 000 zł

8. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń dla zdarzeń medycznych zostały wskazane w Regulaminie usług medycznych.
9. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń dla zdarzeń medycznych ulegają odnowieniu po 12-miesięcznym okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem dalszego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 7

Pobyt w szpitalu w wyniku choroby

1. W razie pobytu w szpitalu w wyniku choroby, gdy dzień wystąpienia tego zdarzenia miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
2. 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 Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

3. W razie pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy dzień wystąpienia tego zdarzenia miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 200 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
4. 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 Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

5. Sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie sumują się. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – albo z tytułu pobytu w szpitalu albo z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)

6. W razie pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wypłaci świadczenie w kwocie równej 100 zł za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
7. 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.

Całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji

8. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 6 ust. 5.

Inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku

9. W przypadku inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości odpowiadającej iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa i procentu inwalidztwa określonego w Tabeli nr 1 – Tabeli inwalidztwa, obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

10. W przypadku złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z Tabelą nr 2 – Tabelą złamań, obowiązującej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości.
11. Towarzystwo z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w § 6 ust. 7, jeżeli przyczyną złamania kości Ubezpieczonego były fizyczne obrażenia ciała doznane w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenia medyczne

12. W razie zdarzenia medycznego, którego dzień wystąpienia miał miejsce w okresie ubezpieczenia rozpoczynającym się w dniu, o którym mowa w § 5 ust. 3, a także potrzeby medycznej powstałej w okresie ubezpieczenia i zgłoszonej w tym okresie do Medycznego Centrum Informacyjnego, Towarzystwo zorganizuje świadczenie medyczne zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

Składka

§ 8

1. Wysokość składki jest określona w umowie ubezpieczenia.
2. Zobowiązany do zapłaty składki jest wyłącznie Ubezpieczający.
3. Składka za wszystkich Ubezpieczonych opłacana jest w terminach uzgodnionych z Ubezpieczającym, przelewem na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.
4. Składka ustalana jest w oparciu o długość trwania i rodzaj pożyczki (tygodniowa lub miesięczna).

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

- 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 4) choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawał serca, choroba wieńcowa, choroby tętnic, miażdżyca i tętniak, choroby naczyń mózgowych, udar mózgu, choroba nadciśnieniowa, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowe, padaczka, cukrzyca, gruźlica, niewydolność nerek, zwłóknienie i marskość wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwo wirusa HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, sepsa, choroby psychiczne, zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, i będące przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 5) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - 6) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 7) 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;
 - 8) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 9) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 10) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 11) udziału Ubezpieczonego w sportach 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, 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;
 - 12) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

- 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) 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;
 - 4) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach 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, 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;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) 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.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 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;
 - 3) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 4) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 5) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 6) udziału Ubezpieczonego w sportach 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, 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;

- 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 8) 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;
 - 9) 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 choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. 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.
 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiekolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Wypłata świadczenia

§ 10

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1.
4. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego.
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;

- 3) opisu okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
- 4) kopii 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).
7. 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.
8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy albo całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, wraz z zaświadczeniem o stanie zdrowia i dokumentacją medyczną, na podstawie której wydano orzeczenie;
 - 4) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem w ciągu 24 miesięcy przed objęciem ochroną;
 - 5) kopii 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).
9. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital);
 - 4) kopii 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) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem.
10. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia.
11. Jeżeli Uprawniony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby są dodatkowo zobowiązani przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad Uprawnionym;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego Uprawnionego.

12. Towarzystwo 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.
13. Kopie dokumentów, o których mowa w ustępach 5–11 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika Ubezpieczającego lub notariusza albo pracownika Towarzystwa.
14. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
15. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
16. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, Ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Z dopiskiem: Obszar Bancassurance

17. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery 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.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i Towarzystwa

§ 11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania Ubezpieczonemu informacji o warunkach ochrony w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego, w tym doręczenia niniejszych SWU, a także do udostępniania mu druków deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, wniosku o wypłatę świadczenia, formularza odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia oraz do przyjmowania od Ubezpieczonego oświadczeń o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia i przekazywania ich Towarzystwu.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku niniejszych SWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ponadto Towarzystwo zobowiązane jest do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Reklamacje

§ 12

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia może wносить reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: 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 Towarzystwa obsługującej Klientów.

4. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w § 13 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 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

§ 13

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Konsument w sprawach ochrony swoich praw i interesów ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. O ile umowa ubezpieczenia 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 § 10 ust. 16 nie stanowi zmiany umowy.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU oraz umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361).

§ 15

1. Niniejsze SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 3/27/08/2020 z dnia 27 sierpnia 2020 r.
2. Integralną część SWU stanowi Formularz do SWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Załącznikami do SWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Tabela nr 1 – Tabela inwalidztwa,
 - 2) Tabela nr 2 – Tabela złamań,
 - 3) Regulamin usług medycznych.

Tabela nr 1. Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Całkowity niedowład czterokończynowy	100%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%
Całkowita utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Całkowita utrata ramienia	75%
Całkowita utrata przedramienia	70%
Całkowita utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Całkowita utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata dłoni	50%
Całkowita utrata stopy	50%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30%
Całkowita utrata kciuka	15%
Całkowita utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Całkowita utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%

Tabela nr 2. Tabela złamań – grupy złamań

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 łonowej 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

Regulamin usług medycznych

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz SWU.
2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszym Regulaminie. Świadczenia medyczne realizowane są na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia jednego z następujących zdarzeń medycznych:
 - 1) nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku;
 - a) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu;
 - b) Dostarczenie leków;
 - c) Refundacja leków;
 - d) Wizyta u lekarza specjalisty;
 - e) Wizyta u lekarza rehabilitacji;
 - f) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu;
 - g) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego;
 - h) Transport do placówki medycznej;
 - i) Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania;
 - j) Transport pomiędzy placówkami medycznymi;
 - k) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu;
 - 2) przebywania na kwarantannie, zachorowania na chorobę epidemiczną, wypadku komunikacyjnego, śmierci małżonka/partnera, wstępnego lub zstępnego, zachorowania na nowotwór przedinwazyjny lub nowotwór in situ obejmują:
 - a) Wizytę u psychologa lub psychiatry.
3. Ponadto w okresie ubezpieczenia, w razie zajścia okoliczności uzasadniającej uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej (potrzeba medyczna), Towarzystwo udzieli na zasadach ustalonych w § 4 ust. 1 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
4. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
5. W razie zajścia zdarzenia medycznego, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia medyczne, zgodnie z opisem danego świadczenia:
 - 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 sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 8) Transport do placówki medycznej;
 - 9) Transport z placówki medycznej;
 - 10) Transport pomiędzy placówkami medycznymi;
 - 11) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu;
 - 12) Wizyta u psychologa lub psychiatry.

6. Towarzystwo spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w Regulaminie. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.
7. Wszystkie świadczenia realizowane są w następstwie zaistnienia zdarzenia medycznego określonego dla danego świadczenia oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych

§ 2

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 w pływ 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 lub 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 poniósł 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 (pozostają w adekwatnym związku przyczynowym) chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta 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 jest objęta 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 kosztów związanych 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 (nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem).
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania 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 działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, u których lub których zorganizowało wizyty, zgodnie z niniejszym Regulaminem.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
9. Informacje udzielane w ramach świadczenia „Medyczna Platforma Informacyjna” mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
10. W przypadku świadczenia „Dostarczenie leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach w promieniu 50 km od miejsca pobytu.
11. 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 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 pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej ani udostępnienie dokumentacji z leczenia.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia medycznego, jeśli opóźnienie lub niemożność wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami nadzwyczajnymi i niezależnymi od Towarzystwa, takimi jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, siła wyższa, anomalie pogodowe, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, ograniczonym lub niemożliwym dostępem do Ubezpieczonego, względnie do miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie medyczne – mogącymi powodować niemożność realizacji danych świadczeń przez usługodawców.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 3

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 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 należynej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) określić miejsce zdarzenia,
 - d) określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy,
 - g) opis okoliczności zaistnienia zdarzenia medycznego;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
 - 4) zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu następstw zdarzenia medycznego.
2. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

Opisy świadczeń w ramach ubezpieczenia medycznego

§ 4

1. Medyczna Platforma Informacyjna

- 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 wymienione niżej tematy:
 - a) NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - b) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - c) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
 - e) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na grypę, profilaktyka antynikotynowa,
 - f) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - g) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - h) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - i) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - j) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - k) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,

- l) GRUPY 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,
 - m) DZIAŁANIA ZWIĄZANE 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 w ramach świadczenia Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
 - 3) Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) 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,
 - b) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) 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,
 - d) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
 - 4) Świadczenie nie jest ograniczone limitem świadczenia.

2. Wizyta lekarza

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza (wyłącznie internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej) w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub wizyty u lekarza specjalisty.
- 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno zdarzenie medyczne. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia z tytułu najwyżej czterech zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym okresie ubezpieczenia.

3. Dostarczenie leków

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania 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) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno zdarzenie medyczne. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia z tytułu najwyżej czterech zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym okresie ubezpieczenia.

4. Refundacja leków

- 1) Przy organizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia „Dostarczenie leków”, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo pokrywa koszty dostarczonych leków do kwoty 300 zł. Powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa Ubezpieczony. Refundacja leków dotyczy tylko leków z recepty.
- 2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia refundacji leków, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym okresie ubezpieczenia.

5. **Wizyta u lekarza rehabilitacji**
 - 1) W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Towarzystwa, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji.
 - 2) Ubezpieczonemu 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 nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania 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) Ubezpieczonemu 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 nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania 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 300 zł.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie dostarczenia 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 nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną 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) Ubezpieczonemu 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 nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania 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 przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
 - 2) Ubezpieczonemu 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 nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony znalazł się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia, lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez

niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na piśmie na 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) Ubezpieczonemu 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 nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania 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. Ubezpieczenie 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) Ubezpieczonemu 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.

Roszczenia regresowe

§ 5

1. Z dniem spełnienia świadczenia przechodzi na Towarzystwo przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości spełnionego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Towarzystwa.
3. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Towarzystwu przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się, bez zgody Towarzystwa, przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu roszczeń wobec osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód, Towarzystwo może odmówić spełnienia świadczenia, odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu już spełnionego świadczenia.

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



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

lub



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



Wnioski 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



Potrzebujesz więcej informacji na temat ubezpieczenia



zadzwoń na infolinię AXA:
22 599 95 22*

lub



napisz:
ubezpieczenia@axa.pl

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych