



# Pakiet MOJE DZIECKO

## Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną nr 1 dla Pakietu MOJE DZIECKO

### Spis treści

1) Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA	1
2) Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu	5
3) Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego	6
4) Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24	7
5) Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania	13

## Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną nr 1 dla Pakietu MOJE DZIECKO INDEKS GOW/07/11/01

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym.

#### § 2

Pojęcia użyte w niniejszych OWU, wniosku, polisie, dokumencie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa, świadectwie uczestnictwa oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 2) deklaracja uczestnictwa – dokument deklaracji uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA, składany przez Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia;
- 3) dzień wymagalności składki – określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia data, w której należna jest Towarzystwu składka;
- 4) karencja – okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia spowodowanych wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem;

- 7) miesiąc polisy – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) nieszczęśliwy wypadek – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka Ubezpieczonego; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek;
- 9) okres rozliczeniowy – okres pomiędzy dwoma kolejnymi dniami wymagalności składki, rozpoczynający się w dniu wymagalności składki i kończący się w dniu poprzedzającym kolejny dzień wymagalności składki;
- 11) polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 12) rocznica polisy – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 13) rok polisy – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 15) składka podstawowa – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;

- 17) składka dodatkowa – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
- 18) składka – kwota stanowiąca sumę składki podstawowej i składki dodatkowych;
- 24) suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 27) Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 28) Uposażony – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 29) umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 30) umowa podstawowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 31) umowa ubezpieczenia – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmujące również te umowy dodatkowe;
- 33) poprzednie ubezpieczenie – ochrona ubezpieczeniowa w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA lub grupowego ubezpieczenia na życie Trafna Decyzja;

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych, co potwierdzane jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

## Zawarcie umowy ubezpieczenia

### § 7

1. Umowa podstawowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa podstawowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Ubezpieczający i Towarzystwo mają prawo na 2 miesiące przed rocznicą polisy złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy podstawowej. W przypadku skorzystania z tego prawa przez którąkolwiek ze stron umowa podstawowa rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

## Przystępowanie do ubezpieczenia

### § 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 15. rok życia i nie ukończyła wieku określonego w polisie.
3. Osoba przystępująca do ubezpieczenia może być objęta ochroną ubezpieczeniową po łącznym spełnieniu następujących warunków:
  - 1) podpisanie deklaracji uczestnictwa i przekazanie poprawnie wypełnionej deklaracji uczestnictwa Ubezpieczającemu,
  - 2) opłacenie składki w należnej wysokości.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, która objęta jest ochroną ubezpieczeniową z ty-

tułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z Towarzystwem.

5. Towarzystwu przysługuje prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby zgłoszonej przez Ubezpieczającego niezgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania podwyższenia składki za danego Ubezpieczonego, obniżenia sumy ubezpieczenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego lub prawo do odmowy objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową, w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa w odniesieniu do danej osoby wykazała, że odbiega ono od standardowego lub jeżeli osoba przystępującą do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji uczestnictwa w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania. W przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki.

### § 10

Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem 3-miesięcznej karencji. Karencja liczona jest od daty objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i dotyczy całego zakresu ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 11

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
  - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
    - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
    - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
  - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
    - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
    - b) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka za danego Ubezpieczonego,
    - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
    - e) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia,
    - f) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, wpłacona składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
4. W każdym przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych wygasa w tym samym terminie.

## Składka

### § 16

1. Składka opłacana jest z częstotliwością miesięczną na rachunek bankowy wskazany w deklaracji uczestnictwa w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ma być

udzielana ochrona ubezpieczeniowa. Koszt udzielanej ochrony w wysokości należnej składki pokrywa Ubezpieczony.

## Zmiany umowy ubezpieczenia

### § 18

1. Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie aktualnych danych o Ubezpieczonych, a w szczególności: struktury zawodowej, wieku i płci Ubezpieczonych, wysokości sum ubezpieczenia, a także zakresu ubezpieczenia.
2. Na podstawie uzyskanych informacji, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo ustala wysokość składki należnej za każdego Ubezpieczonego, obowiązującej od najbliższej rocznicy polisy, informując o niej Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni poprzedzających rocznicę polisy.

## Wyłączenia odpowiedzialności

### § 24

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych spowodowane zostało wskutek:
  - 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) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
  - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
  - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
  - 3) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
  - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej,
  - 5) 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. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie innych osób niż Ubezpieczonego, postanowienia ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do: współmałżonka Ubezpieczonego, rodziców Ubezpieczonego, rodziców współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego.

4. Wyłączenia odpowiedzialności, o których mowa w ust. 2, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem i nastąpiło w okresie karencji.
5. W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

### § 25

W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego może odmówić wypłaty świadczenia, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową ubezpieczenia. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

## Uposażony

### § 30

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony określa procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. Jeżeli jednak Ubezpieczony nie określił procentowego udziału poszczególnych Uposażonych w świadczeniu lub błędnie go wskazał, wówczas przyjmuje się, że udziały poszczególnych Uposażonych w świadczeniu są równe.
3. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała śmierć Ubezpieczonego lub się do niej przyczyniła.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

## Wypłata świadczenia

### § 31

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje Uposażonego pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości, w związku z zajściem tego zdarzenia.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 3.
6. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.

### § 33

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

## Skargi i zażalenia

### § 35

1. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia powinny być składane na piśmie w siedzibie Towarzystwa lub przesyłane na adres Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia rozpatrywane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W przypadku, gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w powyższym 30-dniowym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym wnoszącego skargę lub zażalenie oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, rozpatrzenie takie stało się możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
5. Niezależnie od powyższego trybu organem uprawnionym do rozpatrywania skarg na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

## Właściwość sądowa

### § 36

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwości ogólnej lub przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

## Postanowienia końcowe

### § 37

1. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż wraz z tym wnioskiem lub dyspozycją.
2. Towarzystwo odmówi realizacji dyspozycji, jeżeli wniosek lub dokument dyspozycji został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny.

3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.
4. O ile umowa ubezpieczenia nie wymaga zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczającego będą dostarczane Ubezpieczonemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na wskazany w deklaracji uczestnictwa przez Ubezpieczonego adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub numer faksu.
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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r., nr 14, poz. 176 z późniejszymi zmianami).
6. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r., nr 54, poz. 654 z późniejszymi zmianami).

### § 38

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU stosuje się odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

### § 39

1. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i zmienione uchwałami Zarządu AXA nr 1/11/12/2009 z dnia 11 grudnia 2009 r. oraz nr 1/10/11/2011 z dnia 10 listopada 2011 r.
2. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

# Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu zmienionych umową generalną nr 1 dla Pakietu MOJE DZIECKO INDEKS GPWD/07/11/01

## Postanowienia ogólne

### § 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

### § 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia;
- 3) pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:
  - a) 24 godziny w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
  - b) 7 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby.

W rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia dziecka do szpitala, a kończy w dniu wypisania dziecka ze szpitala;

- 4) choroba – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu dziecka na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju dziecka;
- 5) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów lub układów narządów dziecka powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 6) szpital – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgnarską 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, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 5

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
  - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
  - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
  - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej,
  - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.

## Świadczenie ubezpieczeniowe

### § 9

1. W związku z pobytem dziecka Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
  - 1) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby:
    - a) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
    - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
  - 2) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
    - a) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
    - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu.
2. W przypadku, gdy ten sam pobyt w szpitalu związany jest zarówno z leczeniem choroby, jak i z leczeniem obrażeń ciała, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości określonej w § 9 ust. 1 pkt 2).
3. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający:
  - 1) 180 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego,
  - 2) 30 dni w przypadku pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

### § 10

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 1 miesiąc na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia, w uzasadnionych przypadkach, Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania dziecka na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

### § 11

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu dziecka w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych

w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia dziecka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.

2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
  - 1) leczenie lub poddanie się przez dziecko zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem,
  - 2) poddanie dziecka operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległo dziecko w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
  - 3) wykonanie dziecku rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała dziecka,

- 4) wykonanie dziecku zabiegów rehabilitacyjnych,
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych dziecka,
- 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV dziecka,
- 7) leczenie wad wrodzonych dziecka.

## Postanowienia końcowe

### § 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

# Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego zmienionych umową generalną nr 1 dla Pakietu MOJE DZIECKO  
INDEKS GCD/07/11/01

## Postanowienia ogólne

### § 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

### § 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;
- 3) poważne zachorowanie – jedna z niżej wymienionych chorób dziecka Ubezpieczonego:
  - a) nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
  - b) niewydolność nerek – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej

mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,

- c) niewydolność wątroby – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby,
- d) cukrzyca – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń,
- e) dystrofia mięśniowa – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
- f) guzy śródczaszkowe – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
- g) śpiączka – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora). Stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego,
- h) sepsa (sepsis) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- i) inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp) – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub

uogólnionym. Ubezpieczeniem objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeni lub innych ubytków neurologicznych. Wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe. Rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;

- j) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 5

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
  - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
  - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
  - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
    - a) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania, w związku z którym Ubezpieczonemu należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,

3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
  - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej,
  - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej,
  - 3) które jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka, które ujawniły się w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka.

## Świadczenie ubezpieczeniowe

### § 9

1. W przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także następstw choroby AIDS lub zakażenia dziecka Ubezpieczonego wirusem HIV, samookaleczenia lub okaleczenia dziecka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że dziecko Ubezpieczonego pozostało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania.

### § 10

1. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
2. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązani są do zawiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu poważnego zachorowania przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu.

## Postanowienia końcowe

### § 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

# Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 zmienionych umową generalną nr 1 dla Pakietu MOJE DZIECKO INDEKS GŚO/12/02/01

## Postanowienia ogólne

### § 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia AXA 24, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

## § 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) Centrum Operacyjne AXA – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 2) choroba przewlekła – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 3) choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania, w wieku do 18 lat;
- 5) hospitalizacja – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 6) lekarz prowadzący – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 7) lekarz uprawniony – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego AXA;
- 8) miejsce pobytu – miejsce na terenie RP, w którym Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego AXA spełnia warunki realizacji świadczeń AXA 24;
- 9) miejsce zamieszkania – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) nagłe zachorowanie – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 15)) rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich chorób, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku zgodnie z OWUD;
- 11) nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 15)) rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko, rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 12) placówka medyczna – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
- 13) poronienie – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 14) rodzic Ubezpieczonego – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
  - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
  - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 15) rodzic współmałżonka Ubezpieczonego – matka lub ojciec współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
  - a) żoną ojca współmałżonka lub wdową po ojcu współmałżonka, o ile po śmierci ojca współmałżonka nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
  - b) mężem matki współmałżonka lub wdowcem po matce współmałżonka, o ile po śmierci matki współmałżonka nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 16) rozstrój zdrowia – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem chorób przewlekłych;
- 17) sprzęt rehabilitacyjny – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 18) świadczenie medyczne – zapewnienie przez Towarzystwo organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów usług medycznych, o których mowa w § 4 ust. 4;
- 19) Towarzystwo – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 20) urodzenie martwego dziecka – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 21) urodzenie się dziecka Ubezpieczonego – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
- 22) współmałżonek – osoba, która w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 23) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
  - a) rozstroju zdrowia w następstwie nagłego zachorowania,
  - b) obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
  - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 17),
  - d) urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – wyłącznie w zakresie świadczenia wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka.

## Przedmiot ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Na podstawie niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonemu, współmałżonkowi oraz dziecku świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług określonych w § 4 ust. 4, oraz rodzicowi Ubezpieczonego lub współmałżonka – świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 15).
3. Osobami objętymi ochroną w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są:
  - 1) Ubezpieczony;
  - 2) współmałżonek;
  - 3) dziecko;
  - 4) rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka Ubezpieczonego – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 15).



## Zakres ubezpieczenia

### § 4

1. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia udzielane w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) opiekę po hospitalizacji;
- 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza;
- 3) transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do placówki medycznej;
- 4) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania;
- 5) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej;
- 6) wizytę lekarską;
- 7) wizytę pielęgniarki;
- 8) rehabilitację;
- 9) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
- 10) opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w przypadku hospitalizacji;
- 11) korepetycje;
- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka;
- 13) opiekę domową po hospitalizacji;
- 14) wizytę położnej w przypadku urodzenia się dziecka;
- 15) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka;
- 16) przekazanie pilnej wiadomości;
- 17) pomoc psychologa;
- 18) infolinię medyczną.

2. Łączna suma ubezpieczenia na zdarzenie ubezpieczeniowe:

- 1) wynosi 3000 zł – w stosunku do świadczeń medycznych określonych w ust. 4 pkt. 1)–14) oraz pkt 17);
- 2) wskazana jest każdorazowo w opisie danego świadczenia – w stosunku do świadczeń medycznych określonych w ust. 4 pkt 15);
- 3) nie występuje w stosunku do świadczenia polegającego na dostępie do informacji medycznej, co oznacza, że infolinia medyczna organizowana jest bez limitów.

Sumy te mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

3. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne AXA, o ile Ubezpieczony, współmałżonek, przedstawiciel ustawowy dziecka, a także dziecko, gdy jest pełnoletnie, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w ust. 2 pkt 1) odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka i dziecka.

4. Świadczenia medyczne realizowane są w sposób określony poniżej i po spełnieniu poniższych warunków:

- 1) opieka po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinni pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania;
- 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia

lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recepty i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;

- 3) transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 4) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko przebywali w placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka z placówki medycznej do miejsca zamieszkania; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu; o zasadności transportu decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA;
- 5) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku, gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko skierowani zostali na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu oraz wyłącznie w sytuacji, gdy z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 6) wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 7) wizyta pielęgniarki – Towarzystwo – na zlecenie lekarza prowadzącego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku; świadczenie na rzecz Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
  - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
  - b) wykonywania zabiegów leczniczych, takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
  - c) wykonywania czynności diagnostycznych, takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
  - d) wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;

- 8) rehabilitacja – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa – w granicach sumy ubezpieczenia – koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie;
- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
- a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania (na terytorium RP) osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
- b) przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terytorium RP) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu AXA przez Ubezpieczonego danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi, takich jak: imię i nazwisko, dane teleadresowe;
- Centrum Operacyjne AXA świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki;
- w przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu AXA nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 11) korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej,

w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);

- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko jest hospitalizowane, Towarzystwo organizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia;
- 13) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinni przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo organizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niższym wymienionym zakresie:
- zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
  - niezbędne porządki,
  - dostawa/przygotowanie posiłków,
  - opieka nad zwierzętami domowymi,
  - podlewanie kwiatów;
- niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- 14) wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczonego lub współmałżonka, Centrum Operacyjne AXA organizuje i pokryje koszty 1 wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w miejscu zamieszkania; świadczenie przysługuje w okresie pierwszego miesiąca od wyjścia matki dziecka ze szpitala;
- 15) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka organizację i pokrycie kosztów takich usług, jak:
- a) opieka po hospitalizacji – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- b) transport na wizytę kontrolną – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz

zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na 1 wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego do placówki medycznej,

- c) asysta – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka podczas tego transportu, oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
  - d) infolinia medyczna – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 16) przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka – na wniosek Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka Operator Centrum Operacyjnego AXA przekazuje wyznaczonej przez Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecko osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległ Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko;
- 17) pomoc psychologa – w przypadku, gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:
- a) zgonu Ubezpieczonego,
  - b) zgonu dziecka,
  - c) urodzenia się martwego dziecka,
  - d) zgonu współmałżonka,
  - e) poronienia,
  - f) rozstroju zdrowia Ubezpieczonego,
  - g) rozstroju zdrowia współmałżonka,
  - h) rozstroju zdrowia dziecka,

Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;

- 18) infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie RP a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku dostęp do informacji na temat:
  - a) jednostek chorobowych,
  - b) stanów wymagających nagłej pomocy,

- c) zachowań prozdrowotnych,
  - d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
  - e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
  - f) przygotowania się do porodu,
  - g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
  - h) badań prenatalnych,
  - i) szkół rodzenia,
  - j) karmienia noworodka,
  - k) obowiązkowych szczepień dzieci,
  - l) pielęgnacji niemowląt,
  - m) transportu medycznego,
  - n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie RP pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzyce, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
  - o) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych Centrum Operacyjnego AXA,
  - p) aptek znajdujących się na terytorium RP w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
  - q) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
  - r) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
  - s) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
  - t) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
  - u) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
  - v) domów pomocy społecznej, hospicjów,
  - w) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa.

- 5. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 6

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w przypadkach i terminach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:
  - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
  - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych lub współmałżonków – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony lub współmałżonek ukończył 69. rok życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona pod warunkiem opłacenia składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego za dany okres ubezpieczenia, najpóźniej w dniu wymagalności składki.

W przypadku nieopłacenia składki w wysokości i terminie określonych w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia świadczenia opisane w niniejszych OWUD nie są należne.

## Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa

### § 9

1. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych OWUD, Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka zobowiązani są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, telefon +48 22 575 91 32. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym AXA oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka powinni dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno Ubezpieczony, jak i osoba występująca w jego imieniu, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka są zobowiązani:
  - 1) podać nazwisko i imię Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka, a także numer PESEL i w miarę możliwości jego numer telefonu;
  - 2) podać numer polisy grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA;
  - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
  - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
  - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym sami pokryli koszty usług medycznych, o których mowa w OWUD, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu, współmałżonkowi, dziecku oraz rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka w całości bądź częściowo (w zależności od tego, jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do skorzystania z pomocy medycznej i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu ich przez Centrum Operacyjne AXA. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, któremu dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia w § 4 ust. 4 pkt 14).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie, jeżeli Ubezpieczony lub oso-

ba występująca w jego imieniu, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełnili któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. Podanie przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko lub osobę występującą w jego imieniu oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka zobowiązani są zwrócić Towarzystwu koszty poniesione wskutek podania przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu, współmałżonka, dziecko lub osobę występującą w jego imieniu oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nieprawdziwych informacji.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokoїв społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

## Wyłączenia odpowiedzialności

### § 10

1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
  - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne AXA, w zakresie w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; koszty takich świadczeń ponosi Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka;
  - 2) zdarzenia skutkujące powstaniem zagrożenia życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
  - 3) zdarzenia związane z zagrożeniem życia Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka zdefiniowane tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do Centrum Operacyjnego AXA – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
  - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego AXA, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 4;
  - 3) kosztów zakupu leków;
  - 4) kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 5) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
  - 6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
    - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 4 ust. 4 pkt 8) OWUD, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
    - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,

- c) pozostawiania Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka pod wpływem alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>,
- d) użycia przez osobę, w stosunku do której realizowane mają być świadczenia określone w OWUD, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
- e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- f) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
- g) uprawiania niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej, takich jak: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- j) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS i wirusa HIV pozytywnego;
- k) chorób przewlekłych,
- l) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
- m) szczepień,
- n) leczenia dentystrycznego,
- o) niestosowania się Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA.

## Postanowienia końcowe

### § 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/26/01/2012 z dnia 26 stycznia 2012 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 lutego 2012 r.

# Wyciąg

## z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania zmienionych umową generalną nr 1 dla Pakietu MOJE DZIECKO INDEKS GUKS/13/03/01

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

#### § 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA oraz w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) konsultacje lekarzy specjalistów – konsultacje lekarzy specjalistów, uwzględnionych w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (m.in. alergolog, anesteziolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);

- 2) limit refundacyjny – 90 PLN za każdą konsultację;
- 3) Partner Medyczny AXA – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 4) placówka medyczna – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu niniejszych OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa, a także ośrodka rehabilitacji;
- 5) umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 6) Uprawniony – osoba, której zdrowie jest przedmiotem umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania zawartej z Towarzystwem, u której wystąpiło poważne zachorowanie w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia mających zastosowanie do stosownej umowy ubezpieczenia, tj. dziecko Ubezpieczonego – w przypadku dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, o ile Towarzystwo przyznało Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania.

### Przedmiot i zakres ubezpieczenia

#### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Uprawnionego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji Uprawnionego u lekarzy specjalistów, realizowanych

w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 5

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
  - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
  - 3) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od dodatkowego grupowego ubezpieczenia, do którego zawarto umowę dodatkową.

## Składka

### § 8

1. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
2. Wysokość składki dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
3. Składka dodatkowa płatna jest przez Ubezpieczonego w tych samych terminach co składka podstawowa.

## Świadczenie ubezpieczeniowe

### § 9

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego Towarzystwo przyzna Uprawionemu świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile umowa dodatkowa została zawarta do dodatkowego grupowego ubezpieczenia, z tytułu którego Ubezpieczonemu przyznano świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej obejmuje pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji Uprawionego u lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu odpowiedniego dodatkowego ubezpieczenia grupowego wskazanego w ust. 1 powyżej.
3. Konsultacje lekarzy specjalistów realizowane są przez placówki medyczne należące do podstawowej sieci Partnera Medycznego AXA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie [www.axazdrowie.pl](http://www.axazdrowie.pl). Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci Partnera Medycznego AXA, można uzyskać także na infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
4. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia Uprawionego lub jego opiekuna prawnego, w przypadku gdy Uprawionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile Uprawiony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji re-

alizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile Uprawiony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji konsultacji lekarza specjalisty Uprawiony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego AXA.
6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego Uprawiony zobowiązany jest:
  - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
  - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
  - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. W przypadku, gdy nie jest możliwe zrealizowanie konsultacji lekarza specjalisty w sieci Partnera Medycznego AXA, Uprawiony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, po uzyskaniu od Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, zgody na realizację świadczenia poza siecią Partnera Medycznego AXA, ma prawo skorzystać z dowolnie przez siebie wybranej placówki medycznej. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione przez Uprawionego lub jego opiekuna prawnego koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci Uprawionemu lub jego opiekunowi prawnemu, jeśli Uprawionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, poniesione przez niego koszty konsultacji lekarzy specjalistów określonych w § 2 pkt 1), do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, poniesionych zgodnie z ust. 7, Uprawiony lub jego opiekun prawny zobowiązany jest złożyć u Partnera Medycznego AXA wniosek o refundację kosztów (dostępny na [www.axazdrowie.pl](http://www.axazdrowie.pl) i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.
10. W przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w ust. 7, Towarzystwo ma prawo do odmowy pokrycia kosztów konsultacji lekarzy specjalistów poniesionych przez Uprawionego lub jego opiekuna prawnego, chyba że Uprawiony lub jego opiekun prawny nie uzyskał zgody na realizację świadczenia poza siecią Partnera Medycznego AXA z przyczyn leżących wyłącznie po stronie Towarzystwa.
11. Aktualna lista placówek medycznych Partnera Medycznego AXA znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. Dodatkowo informacje o liście placówek oraz zakresie udzielanych przez nie świadczeń można uzyskać pod numerem całodobowej infolinii medycznej. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

## Postanowienia końcowe

### § 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Towarzystwa nr 4/22/02/2013 z dnia 22 lutego 2013 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 marca 2013 r.