



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Indeks UDO/17/10/01

## Ogólne warunki

ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej – indeks UDO/17/10/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1 i 2 § 8 ust. 1 § 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3 § 5 § 6 ust. 1 § 8 ust. 8 i 15 § 9 § 14 ust. 3

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
  - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- mogą być wskazane również w umowie podstawowej.

## Ubezpieczony

### § 1

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 63. roku życia.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) rozpoznanie stanu medycznego u Ubezpieczonego po raz pierwszy rozpoznanego w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub
  - 2) wystąpienie u Ubezpieczonego urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje stanów medycznych lub urazów powstałych lub leczonych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

## Umowa dodatkowa

### § 3

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest z inną datą niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej w danym roku polisy zostaje skrócony do liczby pełnych miesięcy polisy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) o kolejne roczne okresy – nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
5. Do zawarcia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące zawarcia umowy podstawowej.

## Przedłużenie umowy dodatkowej

### § 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, uznaje się, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu o kolejny okres, na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

## Treść umowy dodatkowej

### § 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej

na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
  - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
  - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

## Składka z tytułu umowy dodatkowej

### § 7

1. Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy dodatkowej.
2. W rocznice polisy Towarzystwo może zaproponować wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalonej na podstawie taryfy składek aktualnej na ten dzień. O wysokości składki dodatkowej ochronnej Towarzystwo informuje Ubezpieczającego w trybie wskazanym w § 4.
3. Do umowy dodatkowej nie stosuje się postanowień umowy podstawowej, dotyczących podwyższenia składki dodatkowej ochronnej w związku z indeksacją składki regularnej.

## Świadczenie ubezpieczeniowe

### § 8

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w oparciu o analizę dokumentacji pierwszej opinii medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:
  - 1) Drugiej Opinii Medycznej;
  - 2) pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia.

#### Druga Opinia Medyczna

2. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej przez eksperta medycznego.
3. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej przez Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego polega na:
  - 1) udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej;
  - 2) zapewnieniu tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do wydania Drugiej Opinii Medycznej;
  - 3) przekazaniu przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi medycznemu;
  - 4) zapewnieniu wydania Drugiej Opinii Medycznej przez eksperta medycznego;
  - 5) przetłumaczeniu Drugiej Opinii Medycznej na język polski;
  - 6) udostępnieniu Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.
4. W celu uzyskania świadczenia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania partnerowi medycznemu:
  - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub partnera medycznego;
  - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej.
5. Jeżeli zgodnie z opinią eksperta medycznego zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego lub sporządzenia opinii medycznej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do realizacji świadczenia. W przypadku stanów medycznych, dla których wynik badania histopatologicznego zdaniem eksperta medycznego jest konieczny do wydania Drugiej Opinii Medycznej, partner medyczny pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od Ubezpieczonego, pod warunkiem ich dostarczenia przez Ubezpieczonego.
6. Druga Opinia Medyczna realizowana jest z wykorzystaniem metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a ekspertem medycznym.

7. Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej Opinii Medycznej w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, okazało się niemożliwe, partner medyczny zapewni, aby Druga Opinia Medyczna została sporządzona w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
8. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej Opinii Medycznej w stosunku do tego samego zdarzenia medycznego, z tym że w przypadku zajścia zmian w obrazie stanu chorobowego, potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych, Ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga Opinia Medyczna.
9. Lekarz partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym lub jego opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej, jak i w celu omówienia wszelkich pytań z nią związanych.
10. Raport Drugiej Opinii Medycznej zawiera:
  - 1) opis historii choroby Ubezpieczonego;
  - 2) opinie eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
  - 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego;
  - 4) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego – jeśli zostały zadane;
  - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla przypadku medycznego Ubezpieczonego;
  - 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych eksperta medycznego, który przygotował Drugą Opinię Medyczną.
11. Towarzystwo i partner medyczny nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opinii Medycznej ani za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
12. Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
13. Koszty dostarczenia dokumentacji medycznej do partnera medycznego obciążają Ubezpieczonego.

#### **Pomoc w planowaniu lub organizacji leczenia**

14. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych w ust. 16.
15. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej.
16. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
  - 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której Ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności: zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanych w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
  - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w Drugiej Opinii Medycznej;
  - 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej;
  - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu stanu medycznego Ubezpieczonego;

- 5) organizuje transport Ubezpieczonego do placówki medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
17. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
18. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do partnera medycznego.
19. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

#### **Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa**

##### **§ 9**

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy wystąpienie zdarzenia medycznego u Ubezpieczonego jest następstwem:

- 1) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 2) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

#### **Obowiązki Towarzystwa i partnera medycznego**

##### **§ 10**

1. Towarzystwo zobowiązane jest do organizacji procesu sporządzenia, za pośrednictwem partnera medycznego, Drugiej Opinii Medycznej, na zasadach określonych w OWUD.
2. Partner medyczny jest zobowiązany do:
  - 1) pokrycia kosztów bezpośrednio związanych ze sporządzeniem Drugiej Opinii Medycznej, które zawierają koszt eksperta medycznego, koszty tłumaczeń i opracowania danych celem uzyskania świadczenia;
  - 2) przestrzegania tajemnicy lekarskiej i ustawy o ochronie danych osobowych w związku z opracowywaniem tego rodzaju danych i danych dotyczących choroby Ubezpieczonego;
  - 3) przechowywania w sposób bezpieczny i poufny kopii Drugiej Opinii Medycznej wydanej przez eksperta medycznego, w celu umożliwienia Ubezpieczonemu dostępu do niej w przypadku wątpliwości lub komentarzy.

#### **Dokumenty potrzebne do realizacji świadczenia ubezpieczeniowego**

##### **§ 11**

1. Podstawą do realizacji świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej [www.axa.pl](http://www.axa.pl).
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

## Odstąpienie od umowy dodatkowej

### § 12

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy dodatkowej, składając Towarzystwu oświadczenie o odstąpieniu, w formie pisemnej w terminie 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
2. W przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej.

## Wypowiedzenie umowy dodatkowej

### § 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące wypowiedzenia umowy podstawowej.

## Skutki podania nieprawdziwych informacji

### § 14

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i Ubezpieczonym.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy dodatkowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

## Rozwiązanie umowy dodatkowej

### § 15

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
  - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
  - 2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
  - 3) z dniem przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
  - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
  - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

## Definicje

### § 16

1. Pojęcia używane w OWUD mają znaczenie nadane im w umowie podstawowej, chyba że w OWUD nadano im inne znaczenie.
2. Pojęcia używane w OWUD mają następujące znaczenie:
  - 1) **Druga Opinia Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez eksperta medycznego;
  - 2) **ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
  - 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
  - 4) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w imieniu partnera medycznego;
  - 5) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
  - 6) **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
  - 7) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
  - 8) **pierwsza opinia medyczna** – orzeczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego zawierające diagnozę oraz zalecenia dotyczące leczenia, wydane przez lekarza prowadzącego;
  - 9) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
  - 10) **stany medyczne** – rozpoznanie lub zaistnienie u Ubezpieczonego jednego z poniższych stanów lub skierowanie na przeprowadzenie jednego z poniższych zabiegów operacyjnych:
    - a) **NEUROLOGIA:**
      - i) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej u osoby powyżej 40. roku życia, spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, spożywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
      - ii) choroba neuronu ruchowego – grupa postępujących chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego, spowodowanych uszkodzeniem komórek piramidowych mózgu, dróg piramidowych, komórek rogów przednich rdzenia kręgowego oraz jąder ruchowych nerwów czaszkowych, których objawy kliniczne są uzależnione od lokalizacji i rozległości uszkodzenia (lokalizacja w komórkach ruchowych rdzenia wywołuje postępujący zanik mięśni, lokalizacja w jądrach ruchowych opuszki i mostu wywołuje postępujące porażenie opuszkowe, lokalizacja w komórkach ruchowych rogów przednich rdzenia, drogach piramidowych i komórkach ruchowych kory mózgu wywołuje postać kliniczną stwardnienia bocznego zanikowego – SLA); rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny i wynik badania EMG;



- iii) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, zmniejszających się po podawaniu preparatów lewodopy; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
  - iv) choroby mielodysplastyczne – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato-, normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa lub onkologa;
  - v) leczenie chirurgiczne padaczki – zabieg operacyjny z powodu padaczki;
  - vi) stwardnienie rozsiane – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się co najmniej przez 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
  - vii) udar mózgu – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicznych; wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego, następstwa urazów głowy; rozpoznanie choroby i trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego;
- b) KARDIOLOGIA:**
- i) operacja chirurgiczna mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia obejmuje także angioplastykę i inne zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach wieńcowych, wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
  - ii) pierwszorazowe rozpoznanie nabytej choroby zastawki lub zastawek serca;
  - iii) operacja chirurgiczna mająca na celu plastykę lub przeszczepienie zastawki serca z powodu choroby;
  - iv) kardiomiopatia – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się w wyniku innych przyczyn niż miażdżycza naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady serca; rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę kardiologa w trakcie hospitalizacji;
  - vi) pierwszorazowe rozpoznanie przez specjalistę kardiologa wrodzonej wady serca u osoby powyżej 18. roku życia;
  - vii) zawał serca – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
    - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
    - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- c) ORTOPEDIA:** zabieg operacyjny wszczęcia protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu;
- d) GINEKOLOGIA:**
- i) choroba zapalna narządu rodowego – choroby zapalne narządu rodowego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
  - ii) zaburzenia czynnościowe narządu rodowego – zaburzenia czynnościowe narządu rodowego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
- e) INNE POWAŻNE CHOROBY:**
- i) choroba zapalna jelit – bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożytnicze lub nieswoiste zapalenie jelit powodujące najczęściej bóle brzucha, biegunkę, odwodnienie, niedokrwistość, wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
  - ii) cukrzyca – rozpoznanie przez specjalistę diabetologa choroby charakteryzującej się hiperglikemią, będącą następstwem zaburzeń w wydzielaniu lub działaniu insuliny, prowadząca do późnych powikłań w obrębie narządu wzroku, nerek i naczyń krwionośnych;
  - iii) głuchota – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
  - iv) choroba nowotworowa – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;
  - v) zapalenie wątroby – potwierdzenie przez specjalistę chorób zakaźnych wirusowego (ostrego lub przewlekłego) zapalenia z niewydolnością wątroby – z objawami trwałej żółtaczki, wodobrzuszem niepoddającym się leczeniu, żylakami przełyku i encefalopatią wątrobową;
  - vi) bakteryjne zapalenie opon mózgowych – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
  - vii) choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD) – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;

- viii) dystrofia mięśniowa – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
    - kąpiel lub prysznic,
    - ubieranie się lub rozbieranie,
    - jedzenie lub picie,
    - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
    - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
  - ix) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne) – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznannej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV klasa według NYHA (New York Heart Classification); klasa IV według NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
    - średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
    - naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
    - ciśnienie zaklinowania we włosniczkach płucnych < 15 mmHg;
 rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowania serca;
  - x) zapalenie mózgu – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
    - kąpiel lub prysznic,
    - ubieranie się lub rozbieranie,
    - jedzenie lub picie,
    - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
    - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- f) POZOSTAŁE STANY MEDYCZNE:**
- i) endarterektomia tętnicy szyjnej – zabieg operacyjny tętnicy szyjnej z udrożnieniem jej światła celem poprawy przepływu w operowanym naczyniu;
  - ii) guz lub inna patologia rdzenia kręgowego – zabieg operacyjny z powodu patologicznej, ogniskowej zmiany zlokalizowanej wewnątrzrdzeniowo, powodującej wystąpienie ubytku neurologicznego;
  - iii) guz mózgu – każda tkanka chorobowa, znajdująca się w jamie czaszki, skutkująca objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
  - iv) infekcja wirusem HIV – pierwszorazowe stwierdzenie w surowicy krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV;
  - v) niewydolność nerek – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
  - vi) rozległe oparzenia:
    - II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, obejmujące co najmniej 50% całkowitej powierzchni ciała,
    - III stopnia, obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała;
  - vii) rozległe uszkodzenie ręki – uszkodzenie kończyny górnej skutkujące trwałą niezdolnością do wykonywania dotychczasowej pracy lub trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego: jedzenie, picie, ubieranie się, rozbieranie, mycie, korzystanie z toalety;
  - viii) przeszczep narządów – przeszczep jednego z następujących narządów: serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki oraz allogeniczna transplantacja szpiku kostnego;
  - ix) choroby okulistyczne – zabieg operacyjny z powodu choroby narządu wzroku, z wyłączeniem leczenia zaćmy i wad wzroku;
  - x) schyłkowy okres niewydolności narządów – schyłkowa niewydolność jednego z następujących narządów: serca, płuc, wątroby, nerek, potwierdzona jednoznacznie przez odpowiedniego specjalistę, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej terapii;
  - xi) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i substancji odurzających;
  - xii) utrata kończyny – utrata co najmniej jednej kończyny:
    - w obrębie kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu łokciowego,
    - w obrębie kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu kolanowego;
  - xiii) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub uszkodzenia fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
  - xiv) operacja aorty brzusznej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrz-naczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
  - xv) operacja aorty piersiowej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrz-naczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
  - xvi) utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;

- 11) **składka dodatkowa ochronna** – składka należna z tytułu umowy dodatkowej, zwana również składką z tytułu umowy dodatkowej;
- 12) **składka regularna** – składka z tytułu umowy podstawowej, a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o umowy dodatkowe – powiększona o składki dodatkowe ochronne/ składki z tytułu umowy dodatkowej;
- 13) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Chłodnej 51, zwane również AXA;
- 14) **uraz** – następstwa urazów spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, skutkujące:

ORTOPEDIA:

- a) wszczepieniem protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu,
- b) uszkodzeniem stożka rotatorów stawu ramiennie-łopatkowego,
- c) przezstawowym złamaniem miednicy ze złamaniem przedniej i/lub tylnej kolumny,
- d) złamaniem wieloodłamowym bliższego końca kości udowej, ze złamaniem szyjki, przez- lub podkrętarzowym (trzy i więcej odłamów),
- e) złamaniem wieloodłamowym, przezstawowym przynasady i nasady dalszej kości udowej,
- f) wieloodłamowym, przezstawowym złamaniem przynasady i nasady bliższej piszczeli,
- g) złamaniem wieloodłamowym, przezstawowym przynasady i nasady dalszej piszczeli typu pilon fracture,
- h) złamaniem wielomiejscowym kości długich – trzech i więcej;

- 15) **zdarzenie medyczne** – objęty zakresem ubezpieczenia stan medyczny lub uraz zaistniały lub rozpoznany po raz pierwszy w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

#### Postanowienia końcowe

#### § 17

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/10/2017 z dnia 12 października 2017 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 1 listopada 2017 r.