

ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia

Medycyna bez granic – Best Doctors

ubezpieczenie indywidualne

więcej / niż standard



Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez Granic – Best Doctors
– indeks MGBD/15/10/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 25
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7 ust. 2 § 11 ust. 2 § 15

Ogólne warunki

indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors

INDEKS MGBD/15/10/01

I. TWOJE UBEZPIECZENIE

Umowa ubezpieczenia

§ 1

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na warunkach określonych w OWU.
2. Wniosek ubezpieczeniowy, OWU, polisa, załączniki do polisy oraz inne dokumenty uzgodnione przez Strony, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają warunki umowy ubezpieczenia.

Kto może zostać ubezpieczony w ramach umowy ubezpieczenia?

§ 2

Ubezpieczonym jest osoba fizyczna, na rzecz której Właściciel polisy zawarł umowę ubezpieczenia.

Co AXA ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności AXA z tytułu umowy podstawowej.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana przez Właściciela polisy, na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, stanowiącego ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia jest zawierana po przyjęciu wniosku ubezpieczeniowego przez AXA.
2. AXA może nie zaakceptować wniosku ubezpieczeniowego i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia AXA zwraca Właścicielowi polisy, w terminie 14 dni od dnia odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, wpłaconą składkę łączną, o ile została opłacona.
4. W przypadku przyjęcia oferty Właściciela polisy określonej we wniosku ubezpieczeniowym AXA wystawia polisę i doręcza ją Właścicielowi polisy.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Właściciela polisy od warunków określonych w OWU lub określonych przez Właściciela polisy we wniosku ubezpieczeniowym, AXA zwróci Właścicielowi polisy na piśmie uwagę na te różnice przy doręczeniu polisy, wyznaczając 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
6. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta lub zostaje zawarta po ustaleniu jej warunków przez Strony.
7. W przypadku niezgłoszenia przez Właściciela polisy sprzeciwu w terminie określonym w ust. 5 niniejszego paragrafu, umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w dacie rozpoczęcia ochrony wskazanej w polisie.

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia?

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony – nie dłużej jednak niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia.
2. Jeżeli rocznica polisy przypada w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 85. roku życia, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z tym dniem.

W jakim czasie trwa odpowiedzialność AXA?

§ 6

Początek ochrony ubezpieczeniowej

1. Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dacie rozpoczęcia ochrony, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

2. Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej przez Właściciela polisy.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności AXA stanowi kwota określona w polisie.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie prolongaty stanowi kwota określona w polisie pomniejszona o składkę łączną należną i wymagalną z tytułu umowy ubezpieczenia za okres od pierwszego dnia okresu prolongaty do końca miesiąca polisy, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

Składka podstawowa

§ 8

1. Wysokość składki podstawowej ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki podstawowej określona jest w polisie.
3. Składka podstawowa stanowi część składki łącznej i jest płatna przez Właściciela polisy w tych samych terminach co składka łączna.

Składka łączna

§ 9

Jaka jest częstotliwość opłacania składki łącznej?

1. Właściciel polisy może opłacać składkę łączną z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.

Jakie są zasady płatności składki łącznej?

2. Składka łączna płatna jest na wskazany rachunek bankowy AXA w wysokości i w terminach określonych w polisie.
3. Składkę łączną uznaje się za zapłaconą w dniu uznania rachunku bankowego AXA (wskazanego w polisie jako właściwy do jej opłacania) kwotą należnej składki łącznej.
4. W razie zaległości w opłacaniu składki łącznej AXA zalicza otrzymaną wpłatę z tytułu składki łącznej w pierwszej kolejności na poczet składki łącznej najwcześniejszej wymagalnej.
5. W przypadku zaległości w zapłacie raty składki łącznej stosuje się odpowiednio postanowienia OWU dotyczące zaległości w opłacaniu składki łącznej.

Jaka jest możliwość odroczenia terminu płatności składki łącznej?

6. Właścicielowi polisy przysługuje prawo do okresu prolongaty płatności składki łącznej, trwającego 2 miesiące polisy.
7. Okres prolongaty płatności składki łącznej liczony jest od dnia wymagalności składki łącznej.
8. Prolongata nie zwalnia Właściciela polisy z obowiązku opłacenia wymagalnej składki łącznej i nie skutkuje zmianą terminu jej wymagalności.

Warunki zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej

9. W każdą rocznicę polisy Właściciel polisy może dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej.
10. W celu dokonania zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej Właściciel polisy powinien doręczyć AXA wniosek nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
11. Warunkiem wyrażenia przez AXA zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki łącznej jest opłacenie przez Właściciela polisy wszystkich składek łącznych wymagalnych do dnia doręczenia wniosku AXA.

- AXA przesyła *Właścicielowi polisy* decyzję o wyrażeniu zgody lub o odmowie wyrażenia zgody na zmianę częstotliwości opłacania *składki łącznej* w terminie 14 dni od dnia doręczenia wniosku AXA.

Uposażony

§ 10

Wskazanie Uposażonych i określenie ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym

- We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych.
- W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych.
- W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonego, Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu ubezpieczeniowym.
- W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu ubezpieczeniowym, lub określenia udziałów których suma nie stanowi 100%, AXA przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego

- Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z chwilą śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 niniejszego paragrafu.
- Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo, jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy umyślnie przyczynili się do jego śmierci, świadczenie ubezpieczeniowe przypada spadkobiercom Ubezpieczonego.
- Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

II. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

W jaki sposób obliczamy wysokość świadczenia?

§ 11

- Z zastrzeżeniem ust. 2 świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku śmierci Ubezpieczonego stanowi *suma ubezpieczenia*, o której mowa w § 7 ust. 1.
- Świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie *prolongaty* stanowi *suma ubezpieczenia*, o której mowa w § 7 ust. 2.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia

§ 12

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego AXA wypłaca osobie uprawnionej świadczenie ubezpieczeniowe.
- Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie AXA przez osobę uprawnioną następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - kopii statystycznej karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca Ubezpieczonego;
 - kopii dokumentu poświadczającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
- Jeżeli osoba uprawniona nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby jest dodatkowo zobowiązany przedstawić:
 - dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą uprawnioną;

- kopię dokumentu poświadczającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego.

- AXA jest uprawniona do żądania od osoby uprawnionej do utrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w ust. 2, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności AXA lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Postanowienia ust. 5–6 stosuje się odpowiednio.
- Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt. 2)–5) oraz ust. 3 niniejszego paragrafu, przed złożeniem AXA powinny zostać potwierdzone przez notariusza lub przedstawiciela AXA. Dokumentacja medyczna może być potwierdzona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 2 pkt. 2)–4) niniejszego paragrafu, sporządzone w języku obcym, przed złożeniem AXA powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Kiedy AXA wypłaca świadczenie?

§ 13

Do terminów wypłaty świadczenia mają zastosowanie postanowienia § 11 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Medycyna bez granic – Best Doctors (OWUD).

Forma wypłaty

§ 14

Wypłaty na rzecz osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia dokonywane są przez AXA w formie bezgotówkowej, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej.

III. ZA CO AXA NIE ODPOWIADA?

Każda polisa ubezpieczeniowa zawiera ograniczenia, dlatego w tej części dokumentu postaramy się przybliżyć je możliwie jak najdokładniej. Czytaj uważnie. Pragniemy, abyś miał jasność odnośnie do sytuacji, w których świadczenie nie zostanie przyznane.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

§ 15

Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest wyłączona, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia zostało spowodowane wskutek:

- działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty rozpoczęcia ochrony;
- samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Właściciela polisy?

§ 16

- Właściciel polisy ma obowiązek opłacać składkę łączną w wysokości i terminach określonych w polisie.
- Właściciel polisy jest zobowiązany do powiadomienia AXA o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego.
- W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, Właściciel polisy przekazuje Ubezpieczonemu, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z załącznikami.

4. **Właściciel polisy** jest zobowiązany do przekazywania *Ubezpieczonemu*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o:
 - 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez *Właściciela polisy* zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez AXA *Właścicielowi polisy*;
 - 3) zmianie w zakresie *sumy ubezpieczenia*, w przypadku gdy z *umowy ubezpieczenia* przysługuje świadczenie ustalane na podstawie *sumy ubezpieczenia* wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez AXA *Właścicielowi polisy*.

Jakie są obowiązki AXA?

§ 17

1. Do obowiązków AXA należy:
 - 1) doręczenie *Właścicielowi polisy* na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) doręczenie *Właścicielowi polisy* polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
 - 3) prawidłowe i terminowe wykonywanie zobowiązań przewidzianych w *umowie ubezpieczenia* oraz przepisach prawa.
2. AXA jest zobowiązana do przekazania *Właścicielowi polisy*:
 - 1) przed wyrażeniem przez *Właściciela polisy* zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia* lub zmianę prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia* – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości składek i świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*.

V. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY PODSTAWOWEJ

Kiedy można zrezygnować z polisy?

§ 18

1. **Właściciel polisy** ma prawo odstąpienia od *umowy podstawowej* poprzez złożenie AXA oświadczenia o odstąpieniu od *umowy podstawowej* w formie pisemnej w terminie:
 - 1) 30 dni;
 - 2) 7 dni – jeżeli *Właściciel polisy* jest przedsiębiorcą; od dnia doręczenia polisy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy AXA nie poinformowała *Właściciela polisy* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *Właściciel polisy* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od *umowy podstawowej* nie zwalnia *Właściciela polisy* z obowiązku opłacenia *składki łącznej* za okres, w jakim AXA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
3. Odstąpienie od *umowy podstawowej* skutkuje odstąpieniem od *umowy ubezpieczenia*.

Kiedy można wypowiedzieć umowę?

§ 19

1. **Właściciel polisy** ma prawo do wypowiedzenia *umowy podstawowej* w każdym czasie jej obowiązywania poprzez złożenie AXA oświadczenia o wypowiedzeniu *umowy ubezpieczenia* w formie pisemnej.

2. Wypowiedzenie *umowy podstawowej* skutkuje wypowiedzeniem *umowy ubezpieczenia*.
3. *Umowa ubezpieczenia* rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona *składka łączna*, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą *rocznicę polisy*.

Kiedy umowa ulegnie rozwiązaniu?

§ 20

1. *Umowa podstawowa* ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu obowiązywania *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) z dniem śmierci *Ubezpieczonego*;
 - 3) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia *umowy podstawowej* – jeżeli *Właściciel polisy* dokonał wypowiedzenia *umowy ubezpieczenia*;
 - 4) po upływie okresu *prolongaty* – jeżeli wymagalne *składki łączne* za okres, w którym AXA udzielała ochrony ubezpieczeniowej, nie zostały zapłacone w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez AXA do ich zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.
2. Niezależnie od postanowień ust. 1 *umowa podstawowa* ulega rozwiązaniu z dniem rozwiązania *umowy dodatkowej*.
3. Rozwiązanie *umowy podstawowej* powoduje rozwiązanie z tą samą datą *umowy ubezpieczenia*.
4. Jeżeli *umowa ubezpieczenia* ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona *składka łączna*, AXA dokona zwrotu *składki łącznej* za niewykorzystany okres ochrony. *Składki łączne* za okres udzielanej przez AXA ochrony ubezpieczeniowej nie podlegają zwrotowi.

VI. REKLAMACJE

Reklamacje

§ 21

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z *umowy ubezpieczenia* może wnosić reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do AXA, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez AXA.
2. Reklamacje można składać AXA w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numerami 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce AXA;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie AXA: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w Warszawie, ul. Chłodna 51, albo drogą pocztową na adres: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu AXA. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce AXA obsługującej klientów.
4. Odpowiedź AXA na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, AXA potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy AXA nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację AXA udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, AXA w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem AXA wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko AXA, według właściwości określonej w § 22.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. AXA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Sąd właściwy do rozstrzygania sporów

§ 22

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

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 23

1. O ile OWU nie stanowią inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone AXA nie później niż z tym wnioskiem lub dyspozycją.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.
3. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość lub na innym niż forma pisemna trwałym nośniku.
4. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
5. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej AXA publikowane będą na stronie internetowej AXA.
6. Integralną częścią OWU jest Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 24

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: z dnia 17 stycznia 2012 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.).
2. 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.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób praw-

nych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: z dnia 30 maja 2014 r. Dz.U. z 2014 r. poz. 851, z późn. zm.).

VIII. DEFINICJE

Poniżej wskazaliśmy wyjaśnienia najważniejszych pojęć stosowanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 25

1. **AXA** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
2. **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie dzień zawarcia umowy ubezpieczenia lub odpowiednio następny dzień po upływie terminu do złożenia sprzeciwu w przypadku określonym w § 4 ust. 5 OWU, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3. **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
4. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
5. **OWU** – Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors;
6. **polisa** – dokument wystawiany przez AXA, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
7. **prolongata** – 2 miesiące polisy od dnia wymagalności składki łącznej najwcześniej wymagalnej, w czasie których AXA ponosi odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej mimo zaległości w zaplacie składki łącznej przez Właściciela polisy;
8. **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;
9. **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rozpoczęcia ochrony;
10. **składka dodatkowa** – kwota określona w polisie, należna AXA z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
11. **składka łączna** – kwota określona w polisie, stanowiąca sumę składki podstawowej i składek dodatkowych;
12. **składka podstawowa** – kwota określona w polisie należna AXA z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;
13. **Strony** – AXA i Właściciel polisy;
14. **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
15. **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota należna osobom uprawnionym w przypadku zajścia w okresie odpowiedzialności AXA zdarzenia ubezpieczeniowego;
16. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Właściciel polisy zawarł umowę podstawową, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego nie ukończyła 65. roku życia;
17. **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres umowy podstawowej;
18. **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie OWU;

19. **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, rozszerzona o umowę dodatkową;
20. **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana przez *Ubezpieczonego*, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*;
21. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia *Ubezpieczonego*, liczona w dniu podpisania wniosku o zawarcie odpowiednio *umowy podstawowej*, *umowy dodatkowej* lub w dniu *rocznicy polisy*;
22. **Właściciel polisy** – osoba fizyczna, która w dniu podpisania *wniosku ubezpieczeniowego* ukończyła 18. rok życia i posiada pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła *umowę ubezpieczenia* i jest zobowiązana do opłacania *składek łącznych*;
23. **wniosek ubezpieczeniowy** – wniosek o zawarcie *umowy ubezpieczenia* lub odpowiednio wniosek o zawarcie *umowy dodatkowej*, jeżeli *umowa dodatkowa* zawierana jest w *rocznicę polisy*, składany przez *Właściciela polisy* na formularzu dostarczonym przez AXA.

§ 26

1. Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA nr 4/08/10/2015 z dnia 8 października 2015 r. i zmienione uchwałami nr 1/18/02/2016 z dnia 18 lutego 2016 r., nr 1/05/09/2016 z dnia 5 września 2016 r. oraz nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors wchodzi w życie z dniem 10 stycznia 2017 r. i mają zastosowanie do umów zawartych od tego dnia.

Członek Zarządu


Clement Michaud

Członek Zarządu


Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego Medycyna bez granic – Best Doctors

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 9
	§ 10
	§ 20
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 4
	§ 7
	§ 12
	§ 13
	§ 14
	§ 15
	§ 16 ust. 3 i 4
§ 22	

Pamiętaj, że Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Medycyna bez granic – Best Doctors należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez Granic – Best Doctors – indeks MGBD/15/10/01

Ogólne warunki

ubezpieczenia dodatkowego Medycyna bez granic – Best Doctors

Kto może zostać ubezpieczony w ramach umowy dodatkowej?

§ 1

Ubezpieczonym w ramach *umowy dodatkowej* może być osoba, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego nie ukończyła 65. roku życia.

Co AXA ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
 - Druga opinia medyczna (Inter Consultation),
 - Opieka medyczna za granicą (FindBest Care),
 - Opieka ambulatoryjna w RP (Recovery Care),realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - poważnych stanów chorobowych* zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi;
 - poważnych stanów chorobowych* spowodowanych chorobą, o którą AXA zapytywała przed zawarciem *umowy dodatkowej*, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi,które miały miejsce w okresie 10 lat poprzedzających początek ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, AXA udziela ochrony ubezpieczeniowej w postaci realizacji poniższych świadczeń:
 - Druga opinia medyczna – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Best Doctors*, polegające na przygotowaniu dla *Ubezpieczonego* raportu sporządzonego przez *eksperta medycznego*, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez *Ubezpieczonego* albo przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych; raport *eksperta medycznego* zawiera dodatkową opinię na temat *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*;
 - Opieka medyczna za granicą – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Best Doctors*, polegające na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, pod warunkiem że raport przygotowany przez *eksperta medycznego* w ramach *Drugiej opinii medycznej* potwierdzi wystąpienie objętego ubezpieczeniem *poważnego stanu chorobowego* oraz wskaże możliwość dalszego leczenia;
 - Opieka ambulatoryjna w RP – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA*, polegające na organizacji i pokryciu kosztów świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w *placówkach medycznych* należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*. Świadczenia realizowane są po powrocie *Ubezpieczonego* na terytorium RP, pod warunkiem że *Ubezpieczony* poddał się leczeniu za granicą RP w ramach *Opieki medycznej za granicą*.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 3

- Umowa dodatkowa* może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu *umowy podstawowej*:
 - jednocześnie z *umową podstawową* lub
 - w każdej *rocznicę polisy*.

- Umowa dodatkowa* zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, w tym samym trybie co *umowa podstawowa*, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3–6 niniejszego paragrafu.
- Przed zawarciem *umowy dodatkowej* AXA może zażądać, aby *Ubezpieczony*:
 - poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych, lub
 - została przedstawiona dokumentacja medyczna stwierdzająca stan jego zdrowia;o powyższym wymogu AXA zawiadomi *Właściciela polisy* w terminie 30 dni od dnia przedstawienia przez niego oświadczenia o stanie zdrowia *Ubezpieczonego*.
- Badanie medyczne przeprowadzane jest przez wskazanego przez AXA lekarza lub wskazany przez AXA zakład opieki zdrowotnej. Koszt badań medycznych ponosi AXA.
- Badanie medyczne jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we *wniosku ubezpieczeniowym*, dokumentacji medycznej, badań medycznych oraz innych elementów ryzyka, AXA może podjąć decyzję:
 - o zawarciu *umowy dodatkowej* na warunkach zawartych we *wniosku ubezpieczeniowym* i *OWUD*;
 - o odmowie zawarcia *umowy dodatkowej* lub
 - może zaproponować *Właścicielowi polisy* zawarcie *umowy dodatkowej* na warunkach odmiennych od zawartych we *wniosku ubezpieczeniowym* lub w *OWUD*.

Na jaki czas zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 4

- Umowa dodatkowa* zawierana jest na okres 1 roku, licząc od *daty rozpoczęcia ochrony*.
- Umowa dodatkowa* ulega przedłużeniu (zgodnie z § 5) na kolejny okres 1 roku – nie dłużej jednak niż do *rocznicy polisy* przypadającej po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 85. roku życia.
- Umowa dodatkowa* nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli *Właściciel polisy* na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta *umowa dodatkowa*, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu *umowy dodatkowej*.
- Jeżeli *rocznica polisy* przypada w dniu ukończenia przez *Ubezpieczonego* 85. roku życia, *umowa dodatkowa* ulega rozwiązaniu z tym dniem.

W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

§ 5

- Na jeden miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta *umowa dodatkowa*, AXA może zaproponować *Właścicielowi polisy* warunki przedłużenia *umowy dodatkowej*.
- Właściciel polisy* ma prawo, w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji, złożyć AXA oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku *umowa dodatkowa* ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
- Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji *Właściciel polisy* nie złoży AXA żadnego oświadczenia, *Strony umowy dodatkowej* uznają, że *umowa dodatkowa* ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez AXA warunkach.

W jakim czasie trwa odpowiedzialność AXA?

§ 6

Początek ochrony ubezpieczeniowej

- Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w *dacie rozpoczęcia ochrony*, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia *składki łącznej*.

- AXA ponosi odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 niniejszego paragrafu.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem:
 - rozwiązania *umowy podstawowej* lub *umowy dodatkowej*;
 - odstąpienia od *umowy podstawowej* lub *umowy dodatkowej* przez *Właściciela polisy*.
- Świadczenia w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP realizowane są nie dłużej niż do *rocznicy polisy* następującej po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 65. roku życia i nie dłużej niż do wykorzystania *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP.

Sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności dla poszczególnych świadczeń

§ 7

Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności AXA określone są w *polisie*.

Składka dodatkowa

§ 8

- Wysokość *składki dodatkowej* ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia *umowy dodatkowej*.
- Wysokość *składki dodatkowej* uzależniona jest od wieku *Ubezpieczonego*.
- Wysokość *składki dodatkowej* określona jest w *polisie*.
- Składka dodatkowa* stanowi część *składki łącznej* i płatna jest przez *Właściciela polisy* w tych samych terminach co *składka łączna*.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 9

- Druga opinia medyczna
Świadczenie Drugiej opinii medycznej zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących czynności:
 - udzielenia *Ubezpieczonemu* albo jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi prawnemu, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej przygotowanie raportu *eksperta medycznego*;
 - w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek *Ubezpieczonego* uprzednio pobranych na jego koszt, w celu postawienia diagnozy;
 - tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia *Ubezpieczonego*, niezbędnej do przygotowania raportu *eksperta medycznego*;
 - przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej *ekspertowi medycznemu*;
 - sporządzenia raportu *eksperta medycznego*, zawierającego:
 - opinię *eksperta medycznego* na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez *eksperta medycznego*,
 - odpowiedzi na pytania *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, dotyczące przypadku *medycznego Ubezpieczonego*;
 - wydania raportu przez *eksperta medycznego*;
 - przetłumaczenia raportu *eksperta medycznego* na język polski;
 - udostępnienia raportu *eksperta medycznego Ubezpieczonemu* albo jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi prawnemu, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych.
- Opieka medyczna za granicą.

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

Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz:

- 1) pokrycie kosztów leczenia za granicą RP:
 - a) pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu:
 - zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie *hospitalizacji Ubezpieczonego*, pobytu *Ubezpieczonego* w pokoju, na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
 - dotatkowego łóżka związanego z pobytem w szpitalu osoby towarzyszącej, w przypadku jeżeli szpital udostępnia taką usługę,
 - wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezyjologicznej;
 - b) pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodku pomocy, pod warunkiem że poniesione tam koszty były objęte ubezpieczeniem w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu;
 - c) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji;
 - d) wizyt lekarskich podczas *hospitalizacji*;
 - e) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa;
 - f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych uzasadnionych z medycznego punktu widzenia, zleconych przez lekarza, w szczególności: kosztów badań rentgenowskich, tomografii komputerowej, rezonansów magnetycznych, elektrokardiograficznych, EKG;
 - g) radioterapii, chemioterapii i izotopów promieniotwórczych;
 - h) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
 - i) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
 - j) leków przepisanych przez lekarza po *hospitalizacji* związanej z leczeniem *poważnego stanu chorobowego*, poniesionych przez *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, za granicą RP w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą RP, pod warunkiem że *leki* te zostały zakupione przed powrotem na terytorium RP;
 - k) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza i zaakceptowany i zorganizowany przez *Best Doctors*;
 - l) związanych z *hospitalizacją* dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności kosztów postępowania wyjaśniającego w celu potwierdzenia zgodności tkankowej (możliwości pobrania narządu od potencjalnego dawcy);
 - zakwaterowania w pokoju lub na oddziale i wyżywienia podczas *hospitalizacji*,
 - opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej podczas *hospitalizacji*,
 - badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza,
 - operacji i opieki medycznej związanej z pobraniem narządu lub tkanki do przeszczepu dla *Ubezpieczonego*;
 - m) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem szpiku kostnego dla *Ubezpieczonego*, które zostały jednoznacznie wskazane we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
- 2) pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego *Ubezpieczonego* wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą:
 - a) *Best Doctors* organizuje i pokrywa koszty podróży *Ubezpieczonego* i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicą RP w związku z leczeniem *Ubezpieczonego* w zagranicznej placówce medycznej potwierdzonej we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;

- b) Best Doctors jest odpowiedzialna za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
 - c) w przypadku gdy *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Best Doctors, zmieni datę podróży, o której mowa w lit. b) powyżej, *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, będzie zobowiązany do zwrotu Best Doctors kosztów związanych z organizacją i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży;
 - d) koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
 - transport *Ubezpieczonego* z miejsca pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie organizowany transport,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu,
 - transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu *Ubezpieczonego*;
 - e) w przypadkach uzasadnionych medycznie Best Doctors organizuje i pokrywa koszty transportu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) lit. k);
- 3) pokrycie kosztów zakwaterowania *Ubezpieczonego* oraz osoby towarzyszącej lub dawcy:
- a) Best Doctors organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania *Ubezpieczonego* i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów w związku z ich pobytym w miejscu leczenia *poważnego stanu chorobowego* poza terytorium RP w ramach Opieki medycznej za granicą;
 - b) Best Doctors jest odpowiedzialna za organizację zakwaterowania; ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, we własnym zakresie;
 - c) Best Doctors ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
 - d) w przypadku gdy *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Best Doctors, zmieni datę zakwaterowania, o której mowa w lit. c), będzie zobowiązany do zwrotu Best Doctors kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania;
 - e) ustalenia dotyczące zakwaterowania obejmują zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (o wyborze hotelu będzie decydowała odległość od szpitala lub lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km);
 - f) wszystkie posiłki i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem; podwyższenie standardu hotelu nie może być sfinansowane przez *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 4) pokrycie kosztów repatriacji zwłok *Ubezpieczonego* lub dawcy:
- a) Best Doctors organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok *Ubezpieczonego* lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP jeżeli nastąpiła śmierć *Ubezpieczonego* lub dawcy podczas organizowanego przez Best Doctors procesu leczenia za granicą RP;
 - b) koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium RP;
- 5) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w szpitalu:
- a) Best Doctors wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie, za każdy dzień *hospitalizacji* podczas leczenia *Ubezpieczonego* za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą, w kwocie określonej w *polisie*;
 - b) Best Doctors wypłaci świadczenie za okres nieprzekraczający 60 dni na każdy rozpoznany *poważny stan chorobowy*;
- 6) zwrot kosztów poniesionych na zakup *leków* po powrocie na terytorium RP:
- a) w przypadku gdy *Ubezpieczony* był *hospitalizowany* za granicą RP w ramach procesu leczenia organizowanego przez Best Doctors przez okres dłuższy niż 3 dni, Best Doctors zrefunduje *Ubezpieczonemu* koszty poniesione na zakup *leków*, po powrocie na terytorium RP;
 - b) koszty, o których mowa w lit. a) powyżej, dotyczą *leków*:
 - zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP jako kontynuacja prowadzonego leczenia,
 - dopuszczonych do obrotu na terytorium RP,
 - przepisanych przez lekarza pracującego na terytorium RP,
 - zakupionych na terytorium RP,
 - przepisanych na jednej recepcie, w dawce pozwalającej na przyjmowanie *leku* przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące;
 - c) ubezpieczeniem nie są objęte koszty *leków* w części refundowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - d) ubezpieczeniem nie są objęte koszty procedur medycznych związanych z podawaniem *leków*.
3. Opieka ambulatoryjna w RP
- 1) *Ubezpieczonemu* przysługuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP, pod warunkiem że *Ubezpieczony* był leczony za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.
 - 2) *Ubezpieczony* ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP określonej w *polisie*.
 - 3) Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - a) badanie PET,
 - b) badania laboratoryjne:
 - hematologiczne,
 - krzepliwości,
 - biochemiczne i enzymatyczne,
 - immunologiczne,
 - moczu i kału,
 - serologiczne,
 - hormonalne i metaboliczne,
 - mikrobiologiczne,
 - markery nowotworowe,
 - cytologiczne,
 - c) biopsje i badania endoskopowe,
 - d) badania radiologiczne z kontrastem lub bez,
 - e) tomografię komputerową z kontrastem lub bez,
 - f) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez,
 - g) ultrasonografię,
 - h) rehabilitację,
 - i) konsultacje *lekarzy specjalistów*.
 - 4) Opieka ambulatoryjna w RP obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu 24 miesięcy od daty wskazanej w pierwszym *Wstępnym certyfikacie leczenia*.
 - 5) Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego AXA* można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer wskazany jest w *polisie*.

W jaki sposób realizowane są świadczenia?

§ 10

1. Druga opinia medyczna

- 1) W przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, *Ubezpie-*

czony albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, powinien skontaktować się z AXA pod numerem telefonu podanym w polisie oraz podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko *Ubezpieczonego*,
 - b) PESEL *Ubezpieczonego*,
 - c) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - d) datę zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego* oraz rodzaju *poważnego stanu chorobowego*.
- 2) W przypadku pozytywnej weryfikacji *Best Doctors* skontaktuje się z *Ubezpieczonym* albo jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, w celu poinformowania go o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu *eksperta medycznego*.
- 3) *Best Doctors* przygotowuje, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, raport *eksperta medycznego*.
2. Opieka medyczna za granicą
- 1) W przypadku gdy raport *eksperta medycznego* potwierdza wystąpienie *poważnego stanu chorobowego* objętego ubezpieczeniem i leczenie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia, *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, pod warunkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy dodatkowej*, może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Best Doctors* wnioszek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych znajdujących poza granicą RP które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia *poważnego stanu chorobowego*.
 - 2) *Best Doctors* przedstawi propozycję do 3 rekomendowanych ośrodków medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia *Ubezpieczonego*.
 - 3) Po wybraniu przez *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, *Best Doctors* rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce oraz organizuje pozostałe świadczenia w ramach Opieki medycznej za granicą.
 - 4) *Best Doctors* przesyła *Ubezpieczonemu* albo jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi prawnemu, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, pakiet powitalny, który zawiera niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia, podróży oraz zakwaterowania oraz *Wstępny certyfikat leczenia*. W przypadku gdy *Ubezpieczony* nie zdecydował się na żaden z zaproponowanych przez *Best Doctors* szpitali lub w przypadku, gdy nie rozpoczął on leczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia wystawienia *Wstępnego certyfikatu leczenia*, *Best Doctors* wystawia nowy *Wstępny certyfikat leczenia* na podstawie bieżącego stanu zdrowia *Ubezpieczonego*.
 - 5) Przed wyjazdem *Ubezpieczonego* za granicę RP, w celu leczenia *poważnego stanu chorobowego*, *Best Doctors* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu *hospitalizacji*. Do kalkulacji wysokości świadczenia brana jest pod uwagę szacowana liczba dni, na jaką planowana jest *hospitalizacja*.
 - 6) Pozostała część świadczenia pieniężnego z tytułu *hospitalizacji* będzie wypłacana przez *Best Doctors* w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia *hospitalizacji* za granicą RP.
 - 7) W celu otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na *leki*, o których mowa w § 9 ust. 2 pkt 6), *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przesyła do *Best Doctors* kopię recepty oraz fakturę na adres podany w formularzu zgłoszenia roszczenia. *Best Doctors* zrefunduje poniesione koszty.
3. Opieka ambulatoryjna w RP
- 1) W przypadku poddania się przez *Ubezpieczonego* procesowi leczenia za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą,

po powrocie na terytorium RP *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 3).

- 2) W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii, której numer podany jest w polisie, miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.
- 3) W celu realizacji świadczenia *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - a) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej, a w przypadku gdy *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, zgłosić się wraz z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym;
 - b) przedstawić w placówce medycznej dokument ze zdjęciem potwierdzającym tożsamość *Ubezpieczonego*; jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ani dokumentu potwierdzającego jego tożsamość, obowiązek ten spoczywa na przedstawicielu ustawowym lub opiekunie prawnym, który zobowiązany jest do przedstawienia swojego dokumentu ze zdjęciem, potwierdzającego jego tożsamość.
- 4) *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii *Partnera Medycznego AXA* zgody AXA na realizację świadczenia poza siecią *Partnera medycznego AXA*. W takim przypadku AXA pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.
- 5) W przypadku opisanym w pkt 4) powyżej AXA zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych, określonych w § 9 ust. 3 pkt 3).
- 6) W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* albo jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, zobowiązany jest złożyć u *Partnera medycznego AXA* wnioszek o refundację kosztów (dostępny na stronie www.axa.pl i w AXA), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz faktury lub rachunki za wykonanie danego świadczenia.

Jakie są terminy realizacji świadczeń?

§ 11

1. AXA zobowiązana jest do wypłaty lub realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWUD.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, AXA wypłaci lub zrealizuje świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprawną część świadczenia AXA wypłaci lub zrealizuje w terminie 30 dni, licząc od daty określonej w ust. 1 powyżej.

W jakich sytuacjach AXA nie ponosi odpowiedzialności?

§ 12

Wyłączenia ogólne

1. AXA nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
 - 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terrorizmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencjami reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanymi z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
 - 3) alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających, nadużywaniem alkoholu lub korzystaniem z substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;

- 4) leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.
2. AXA nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, jeżeli w momencie rozpoznania *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego* nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek:
- 1) posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz
 - 2) przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

§ 13

Wyłączenia medyczne

AXA nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

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

§ 14

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

AXA nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) wydatkami na organizację i pokrycie kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium RP z wyjątkiem objętych ubezpieczeniem kosztów leków i świadczeń ambulatoryjnych w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP;
- 2) kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
- 3) kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany *Ubezpieczony*;
- 4) kosztami poniesionymi niezgodnie ze standardowymi procedurami medycznymi realizacji świadczeń;
- 5) kosztami poniesionymi w związku z pójściem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
- 6) kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń

lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca, niezbędnych w związku z przebytą operacją, zrealizowaną w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą;

- 7) lekami, które nie zostały dopuszczone przez ministra właściwego ds. zdrowia do obrotu lub które są dostępne bez recepty;
- 8) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
- 9) sytuacją gdy poza leczeniem w ramach Opieki medycznej za granicą istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub pójściem;
- 10) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez Best Doctors, dotyczącego prowadzonego w ramach Opieki medycznej za granicą procesu leczenia;
- 11) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
- 12) kosztami poniesionymi przez *Ubezpieczonego* lub krewnych lub towarzyszy, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- 13) kosztami medycznymi, które nie są zasadne co do wysokości w danych okolicznościach;
- 14) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, towarzysza podróży lub dawcę.

Do kiedy realizowane są świadczenia?

§ 15

Poza przypadkami wskazanymi w § 6 ust. 2 OWU „Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki medycznej za granicą.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 16

1. *Właściciel polisy* obowiązany jest podać do wiadomości AXA wszystkie znane sobie okoliczności, o które AXA zapytywała we *wniosku ubezpieczeniowym* albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli *Właściciel polisy* zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez AXA umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 spoczywają zarówno na *Właścicielu polisy*, jak i na *Ubezpieczonym* albo jego przedstawicielu ustawowym lub opiekunie prawnym, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, chyba że *Ubezpieczony* nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
3. AXA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 i 2 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba *Ubezpieczonego*, AXA, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy dodatkowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jej wiadomości.

Kiedy można zrezygnować z umowy dodatkowej?

§ 17

1. *Właściciel polisy* ma prawo odstąpienia od umowy dodatkowej poprzez złożenie AXA oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej, w formie pisemnej, w terminie:

- 1) 30 dni;
 - 2) 7 dni – jeżeli *Właściciel polisy* jest przedsiębiorcą, od dnia doręczenia polisy lub aneksu do *polisy* potwierdzającego rozszerzenie zakresu ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy dodatkowej AXA* nie poinformowała *Właściciela polisy* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *Właściciel polisy* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od *umowy dodatkowej* nie zwalnia *Właściciela polisy* z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim AXA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

§ 18

1. *Właściciel polisy* ma prawo do wypowiedzenia *umowy dodatkowej* w każdym czasie jej obowiązywania poprzez złożenie AXA oświadczenia o wypowiedzeniu *umowy dodatkowej* w formie pisemnej.
2. *Umowa dodatkowa* rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona *składka dodatkowa*, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą *rocznicę polisy*.

Kiedy umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu?

§ 19

1. *Umowa dodatkowa* ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem śmierci *Ubezpieczonego*;
 - 3) z dniem wykorzystania *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki medycznej za granicą;
 - 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia *umowy dodatkowej* – jeżeli *Właściciel polisy* dokonał wypowiedzenia *umowy dodatkowej*;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od *umowy podstawowej*.
2. Jeżeli *umowa dodatkowa* ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona *składka dodatkowa*, AXA dokona zwrotu *składki dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony. *Składki dodatkowe* za okres udzielanej przez AXA ochrony ubezpieczeniowej nie podlegają zwrotowi.

Definicje

§ 20

Poniżej wskazaliśmy wyjaśnienia najważniejszych pojęć stosowanych w niniejszym dokumencie. W przypadku definicji niewyszczególnionych poniżej pojęcia mają takie znaczenie, jakie zostało im nadane w *umowie podstawowej* (Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors).

1. **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U., będąca częścią Best Doctors Inc., firma serwisowa będąca partnerem AXA i realizująca na jej rzecz świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej oraz Opieki medycznej za granicą, prowadząca obsługę procesu organizacji świadczeń z tytułu *umowy dodatkowej*;
2. **data rozpoczęcia ochrony** – określony w *polisie* dzień zawarcia umowy dodatkowej lub odpowiednio następny dzień po upływie terminu do złożenia sprzeciwu, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3. **ekspert medyczny** – działający za granicą RP lekarz, wyznaczony przez Best Doctors do współpracy w celu sporządzenia raportu, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia *Ubezpieczonego*;
4. **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą RP, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
5. **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r., poz. 26);
6. **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane *Ubezpieczonemu* w celu przywrócenia, po-

prawienia lub modyfikacji fizjologicznych lub funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptacie leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;

7. **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego Medycyna bez granic – Best Doctors;
8. **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z AXA w zakresie udzielania świadczeń z zakresu Opieki ambulatoryjnej w RP;
9. **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *placówkę medyczną* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
10. **poważny stan chorobowy oznacza którykolwiek z niżej wymienionych:**
 - 1) nowotwór:
 - a) każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skórno), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniami tkanek,
 - b) każdy rak *in situ* – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka i nienaciekający tkanek otaczających,
 - c) wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histopatologiczne zostały sklasyfikowane jako ciężka dysplazja lub dysplazja dużego stopnia;

wykluczone choroby i procedury medyczne:

 - a) wszelkie nowotwory współistniejące z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
 - b) nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego;
 - 2) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass) rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego;

wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass);
 - 3) operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;
 - 4) zabieg neurochirurgiczny dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;
 - 5) przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep *Ubezpieczonemu* jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płuca płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
 - 6) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego;
11. **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcjonalności;
12. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP z zastrzeżeniem postanowień § 1;
13. **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i materiały użyte w leczeniu, wskazanym przez *eksperta medycznego* w raporcie Drugiej opinii medycznej, stosowane zgodnie z ogólnie przyjętą praktyką medyczną w leczeniu *poważnego stanu chorobowego*;
14. **Wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez Best Doctors w imieniu AXA, na pokrycie kosztów leczenia *poważnego stanu chorobowego* we wskazanej, zaakceptowanej przez *Ubezpieczonego* albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego,

jeżeli *Ubezpieczony* nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, *placówce medycznej* znajdującej się za granicą RP

§ 21

Wymienione poniżej pojęcia zostały zdefiniowane w *umowie podstawowej* (Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors):

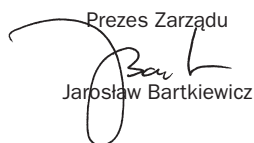
- 1) AXA;
- 2) OWU;
- 3) polisa;
- 4) rocznica polisy;
- 5) rok polisy;
- 6) składka dodatkowa
- 7) składka łączna;
- 8) Strony;
- 9) suma ubezpieczenia;
- 10) świadczenie ubezpieczeniowe;

- 11) umowa dodatkowa;
- 12) umowa podstawowa;
- 13) umowa ubezpieczenia;
- 14) wiek;
- 15) Właściciel polisy;
- 16) wniosek ubezpieczeniowy;

Postanowienia końcowe

§ 22

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi *OWUD* stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors.
2. Niniejsze *OWUD* zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA nr 4/08/10/2015 z dnia 8 października 2015 r. oraz zmienione uchwałą nr 1/18/02/2016 z dnia 18 lutego 2016 r. i mają zastosowanie do *umów dodatkowych* zawieranych od 22 lutego 2016 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 64 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl