



# Pakiet Medycyna bez granic – Best Doctors

## Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych Umową generalną nr 4 dla Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors

### Spis treści

1) Śmierć Ubezpieczonego	indeks GOW/07/11/01	1
2) Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego	indeks GBDU/15/10/01	5

## Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA o indeksie GOW/07/11/01 zmienionych Umową generalną nr 4

### Postanowienia ogólne

#### § 1

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

#### § 2

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

- 2) deklaracja uczestnictwa** – dokument deklaracji uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA, składany przez Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia;
- 3) dzień wymagalności składki** – data określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, w której Towarzystwu należna jest składka;
- 4) karencja** – okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia spowodowanych wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem;
- 7) miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej, dziecka Ubezpieczonego, rodzica Ubezpieczonego; nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 9) okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy dwoma kolejnymi dniami wymagalności składki, rozpoczynający się w dniu wymagalności składki i kończący się w dniu poprzedzającym kolejny dzień wymagalności składki;

- 11) polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 12) rocznica polisy** – dzień obowiązywania umowy ubezpieczenia w każdym roku kalendarzowym, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony; jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 13) rok polisy** – okres kolejnych 12 miesięcy rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 15) składka podstawowa** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;
- 17) składka dodatkowa** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
- 18) składka** – kwota stanowiąca sumę składki podstawowej i składki dodatkowej;
- 24) suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 26) trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmięnionej postaci;
- 27) Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia;
- 28) Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 29) Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 30) umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 31) umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 32) umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa; w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowę dodatkową, obejmuje również tę umowę dodatkową;

- 33) **pakiet Ubezpieczonego** – zakres ubezpieczenia obejmujący umowę podstawową rozszerzoną o umowę dodatkową Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego;
- 34) **rok obowiązywania ochrony** – kolejne 12 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia;
- 35) **poprzednie ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego;
- 36) **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych Umową generalną nr 4 Dla Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors;
- 37) **Wyciąg** – Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, zmienionych Umową generalną nr 4 dla Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 3

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

## Zawarcie umowy ubezpieczenia

### § 7

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

## Przystępowanie do ubezpieczenia

### § 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 64. roku życia.
3. Osoba przystępująca do ubezpieczenia może być objęta ochroną ubezpieczeniową po łącznym spełnieniu następujących warunków:
  - 1) udzieleniu informacji o swoim stanie zdrowia w zakresie określonym w deklaracji uczestnictwa;
  - 2) podpisaniu deklaracji uczestnictwa i przekazanie poprawnie wypełnionej deklaracji uczestnictwa Ubezpieczającemu;
  - 3) opłaceniu składki w należnej wysokości.
4. Składka opłacana jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, która objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z Towarzystwem.
7. Towarzystwu przysługuje prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby zgłoszonej przez Ubezpieczającego niezgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
  - 1) zaproponowania podwyższenia składki za danego Ubezpieczonego;
  - 2) obniżenia sumy ubezpieczenia;

- 3) zmiany zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego lub
- 4) prawo do odmowy objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową – w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa lub w innym dokumencie zaakceptowanym przez Towarzystwo w odniesieniu do danej osoby odbiega od standardowego lub jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji uczestnictwa w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania bądź nie opłaciła składki w należnej wysokości; w przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki.

### § 10

3. Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem 6-miesięcznej karencji. Karencja liczona jest od daty objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i dotyczy całego zakresu ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego, okres karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poprzedniego ubezpieczenia.
6. W przypadku gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego, Ubezpieczony zwolniony jest z obowiązku wypełnienia oświadczenia medycznego.
7. Jeżeli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego, wówczas suma ubezpieczenia i limity dostępne w ramach niniejszego Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors pomniejszone są o wysokość świadczeń wykorzystanych w poprzednim ubezpieczeniu.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 11

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
  - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
    - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
    - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
  - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
    - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
    - b) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka za danego Ubezpieczonego,
    - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o wystąpieniu z ubezpieczenia,
    - d) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 85. rok życia,
    - e) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia,
    - f) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym wysokość składki z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego pakietu uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki wynoszącej 10 złotych,

5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, w okresie obowiązywania danej umowy ubezpieczenia, wpłacona składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
6. W każdym przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych wygasa w tym samym terminie.

## Składka

### § 16

Składka opłacana jest z częstotliwością miesięczną na rachunek bankowy wskazany w deklaracji uczestnictwa w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ma być udzielana ochrona ubezpieczeniowa. Koszt udzielanej ochrony w wysokości należnej składki pokrywa Ubezpieczony.

## Zmiany umowy ubezpieczenia

### § 18

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

## Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

### § 21

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do przekazywania Ubezpieczającemu, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.
3. Do obowiązków Towarzystwa należy również:
  - 1) doręczenie Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku Tekstu jednolitego przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
  - 2) doręczenie Ubezpieczającemu polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
  - 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

## Obowiązki Ubezpieczającego

### § 22

1. Do obowiązków Ubezpieczającego należy:
  - 1) przekazanie osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku Wyciągu wraz z załącznikami;
  - 2) przekazywanie Ubezpieczonym na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o:
    - a) 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 Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;

- b) 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 ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
  - c) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
2. W sytuacji o której mowa w ust. 1 pkt 2) lit. a) niniejszego paragrafu Ubezpieczający obowiązany jest także poinformować Ubezpieczonych o skutkach obowiązywania umowy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.
  3. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, w szczególności do przekazywania list osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa tych osób, list osób występujących z ubezpieczenia i innych wniosków Ubezpieczonych – w terminach określonych w umowie ubezpieczenia oraz w formie uzgodnionej z Towarzystwem.

## Wyłączenia odpowiedzialności

### § 24

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, jest następstwem:
  - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy oraz terroru, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
  - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
  - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
  - 3) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach poza lekkoatletyką i pływaniami;
  - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
  - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;

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

## § 25

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na 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 objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jej wiadomości.

## Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wystąpienie z umowy ubezpieczenia

### § 26

2. Ubezpieczony może w każdym czasie wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając stosowne oświadczenie ze skutkiem na koniec miesiąca polisy.
3. Oświadczenie o odstąpieniu i wystąpieniu powinno być złożone w formie pisemnej.

## Uposażony

### § 30

Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie.

## Wypłata świadczenia

### § 31

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia. W braku Uposażonego postanowienia mają odpowiednio zastosowanie do spadkobierców Ubezpieczonego.
2. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo poinformuje Uposażonego pisemnie lub drogą elektroniczną, o ile Uposażony wyraził zgodę na taką formę komunikacji, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie,

o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

5. Bezsportną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 3.
6. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
7. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej jest przedstawienie dokumentów wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia. Aktualne wnioski znajdują się na stronie internetowej [www.axa.pl](http://www.axa.pl).

## § 33

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

## Reklamacje

### § 35

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
  - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłódna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
  - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: [skargi.odwolania@axa.pl](mailto:skargi.odwolania@axa.pl);
  - 3) ustnie – telefonicznie pod numerami 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo na wniosek osoby składającej reklamację Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 36.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.



## Właściwość sądowa

### § 36

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, 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.

## Postanowienia końcowe

### § 37

1. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż wraz z tym wnioskiem lub dyspozycją.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.
4. O ile umowa ubezpieczenia nie wymaga zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczającego będą dostarczane Ubezpieczonemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS lub telefonu, odpowiednio na wskazany w deklaracji uczestnictwa przez Ubezpieczonego adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub numer faksu.
5. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: z dnia 17 stycznia 2012 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 361, z późniejszymi zmianami).
6. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
7. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: z dnia 30 maja 2014 r. Dz.U. z 2014 r., poz. 851 z późniejszymi zmianami).

### § 38

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
3. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

### § 39

1. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i zmienione uchwałami Zarządu AXA nr 1/11/12/2009 z dnia 11 grudnia 2009 r., nr 1/10/11/2011 z dnia 10 listopada 2011 r. oraz nr 1/03/12/2015 z dnia 3 grudnia 2015 r., wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

## Wyciąg

### z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego o indeksie GBDU/15/10/01 zmienionych Umową generalną nr 4

## Postanowienia ogólne

### § 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych Umową generalną nr 4.

### § 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych Umową generalną nr 4, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do tych pojęć dodaje się:

1. **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U., będąca częścią Best Doctors Inc., firma serwisowa będąca partnerem Towarzystwa i realizująca na jego rzecz świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej oraz Opieki medycznej za granicą, prowadząca obsługę procesu organizacji świadczeń z tytułu OWUD;
2. **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;
3. **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą RP trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
4. **lekarz specjalista** – lekarz specjalista uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego ds. zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. z 2013 r., poz. 26);
5. **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia 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 receptce leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
6. **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w zakresie Opieki ambulatoryjnej w RP;
7. **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 od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
8. **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 płata wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
- 6) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologicznej lub allogenicznej od dawcy żywego;
- 9. proteza – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcjonalności;
- 10. Ubezpieczony – osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP, która w dniu przystąpienia do OWUD ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 64. roku życia;
- 11. 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 przyjętą praktyką medyczną w leczeniu poważnego stanu chorobowego
- 12. Wstępny certyfikat leczenia – pisemna zgoda wydana przez Best Doctors w imieniu Towarzystwa, na pokrycie kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego we wskazanej, zaakceptowanej przez Ubezpiezonego, placówce medycznej znajdującej się za granicą RP

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia:
  - 1) Drugiej opinii medycznej (Inter Consultation),
  - 2) Opieki medycznej za granicą (FindBest Care),
  - 3) Opieki ambulatoryjnej 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.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
  - 1) poważnych stanów chorobowych zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi;
  - 2) poważnych stanów chorobowych spowodowanych chorobą, o którą Towarzystwo zapytywało przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi, które miały miejsce w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

4. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpiezonego poważnego stanu chorobowego lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w postaci realizacji poniższych świadczeń:

- 1) **Druga opinia medyczna** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem Best Doctors, polegające na przygotowaniu dla Ubezpiezonego raportu sporządzonego przez eksperta medycznego, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpiezonego; raport eksperta medycznego zawiera dodatkową opinię na temat poważnego stanu chorobowego Ubezpiezonego;
- 2) **Opieka medyczna za granicą** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem Best Doctors, polegające na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP poważnego stanu chorobowego Ubezpiezonego, 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;
- 3) **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 Ubezpiezonego na terytorium RP, pod warunkiem że Ubezpieczony poddał się leczeniu za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo, pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
  - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
  - 3) z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki medycznej za granicą;
  - 4) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym nastąpiło wystąpienie z umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenia w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP realizowane są nie dłużej niż do rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpiezonego 65. roku życia i nie dłużej niż do wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP

## Suma ubezpieczenia i składka

### § 8

1. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności Towarzystwa określone są w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej. Składka dodatkowa, w ramach niniejszej umowy dodatkowej, zmienia się w zależności od wieku Ubezpiezonego. Wysokość składki dodatkowej określona jest w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka dodatkowa płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa oraz na ten sam wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

## Świadczenia ubezpieczeniowe

### § 9

#### 1. Druga opinia medyczna

Świadczenie Drugiej opinii medycznej zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących czynności:

- 1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej przygotowanie raportu eksperta medycznego;
- 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek Ubezpieczonego uprzednio pobranych na jego koszt, w celu postawienia diagnozy;
- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do przygotowania raportu eksperta medycznego;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi medycznemu;
- 5) sporządzenia raportu eksperta medycznego, zawierającego:
  - a) opinię eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
  - b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego,
  - c) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego;
- 6) wydania raportu przez eksperta medycznego;
- 7) przetłumaczenia raportu eksperta medycznego na język polski;
- 8) udostępnienia raportu eksperta medycznego Ubezpieczonemu.

#### 2. 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 lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

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,
    - dodatkowego łóżka związanego z pobytem w szpitalu osoby towarzyszącej, w przypadku jeżeli szpital udostępni 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 byłyby 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, 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 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, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Best Doctors, zmieni datę podróży, o której mowa w lit. b) powyżej, Ubezpieczony 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 jego miejsca pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany 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) powyżej;
  - 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 pobytem 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 we własnym zakresie;
    - c) Best Doctors ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
    - d) w przypadku gdy Ubezpieczony, 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 jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego;
- 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 nastąpi 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 lub innym dokumencie ubezpieczenia;
  - 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 receptycie 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 lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
- 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](http://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 na polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

## Realizacja świadczeń ubezpieczeniowych

### § 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, Ubezpieczony powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia oraz podać następujące informacje:
- a) imię i nazwisko,
  - b) PESEL,
  - 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 rodzaj poważnego stanu chorobowego.
- 2) W przypadku pozytywnej weryfikacji Best Doctors skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu poinformowania Ubezpieczonego 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, pod warunkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do Best Doctors wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych znajdujących się za 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 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 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 wystawi 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. Przy czym 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 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 zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii, której numer podany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, 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,
    - b) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem.
  - 4) Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii Partnera Medycznego AXA zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią Partnera Medycznego AXA. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
  - 5) W przypadku opisanym w pkt 4) powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 9 ust. 3 pkt 3).
  - 6) W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć u Partnera Medycznego AXA wniosek o refundację kosztów (dostępny na [www.axa.pl](http://www.axa.pl) i w Towarzystwie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz faktury lub rachunki za wykonanie danego świadczenia.

## Terminy realizacji świadczeń

### § 11

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie, pisemnie lub drogą elektroniczną, jeżeli zgłaszający wyraził zgodę na taki sposób komunikacji, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia, jego wysokości oraz zakresu w związku z zajściem tego zdarzenia.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty lub realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu OWUD.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, Towarzystwo wypłaci lub zrealizuje świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Jeżeli wypłata lub realizacja świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
5. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca lub realizuje w terminie 30 dni, licząc od daty określonej w ust. 2 powyżej.

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

## Wyłączenia odpowiedzialności

### § 12

#### Wyłączenia ogólne

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
  - 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
  - 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terroryzmu, 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, jeżeli w momencie rozpoznania poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony 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 niniejszych OWUD.

#### Wyłączenia medyczne

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
  - 1) chorobami zdiagnozowanymi, rozpoznanymi lub leczonymi po raz pierwszy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, 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 od dnia przystąpienia do OWUD, 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 OWUD;
  - 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 Opieki medycznej za granicą.

#### Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

4. Towarzystwo 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 pobytem 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 pobytem;
- 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, 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, towarzysza podróży lub dawcę.

#### Postanowienia końcowe

---

##### § 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych Umową generalną nr 4.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 3/08/10/2015 z dnia 8 października 2015 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 8 października 2015 r.