



Pakiet MOJE DZIECKO

Załącznik nr 1 do umowy generalnej w sprawie zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA – Pakiety GSU (zwanej dalej „umową generalną Pakiety GSU”), zawartej pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. i GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych w dniu 29.07.2014 r. – Pakiet Moje Dziecko

Pakiet Moje Dziecko – tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakiety GSU

Spis treści

1. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GOW/07/11/01	1
2. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GPWD/07/11/01	7
3. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GCD/07/11/01	8
4. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GŚO/12/02/01	10
5. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GUKS/13/03/01	15
6. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GUUCD/14/07/01	17
7. Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	18

Ogólne warunki

grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA o indeksie GOW/07/11/01 zmienione umową generalną Pakiety GSU

Formularz do OWU (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1 (otrzymuje brzmienie)

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

§ 2

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

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

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

- 15) **składka podstawowa indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;
- 16) (usunięty)
- 17) **składka dodatkowa indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
- 18) (usunięty)
- 19) (otrzymuje brzmienie) **składka indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, stanowiąca sumę składki podstawowej indywidualnej i składek dodatkowych indywidualnych;
- 20) (usunięty)
- 21) (usunięty)
- 22) (otrzymuje brzmienie) **składka** – suma składek indywidualnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych;
- 23) (usunięty)
- 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;
- 25) (usunięty)
- 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, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 27) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
- 28) (otrzymuje brzmienie) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 29) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego;
- 30) (otrzymuje brzmienie) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 31) (otrzymuje brzmienie) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 32) (otrzymuje brzmienie) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 33) (usunięty)
- 34) (dodany) **poprzednie ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa w ramach grupowego ubezpieczenia na życie prowadzonego przez Towarzystwo;
- 35) (dodany) **wariant** – zakres ubezpieczenia, zróżnicowany ze względu na wysokości sum ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej;
- 36) (dodany) **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakiety GSU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpiezonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych, co potwierdzone jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. (usunięty)
5. (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego wariantu.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. (otrzymuje brzmienie) Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
2. (usunięty)
3. (usunięty)
4. (usunięty)
5. (usunięty)
6. (usunięty)

§ 5 (usunięty)

§ 6 (usunięty)

§ 7

1. (otrzymuje brzmienie) Umowa podstawowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub w 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 oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy podstawowej. W przypadku skorzystania z tego prawa przez którąkolwiek ze stron umowa podstawowa rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

§ 8 (otrzymuje brzmienie)

1. Postanowienia § 7 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia umów dodatkowych.
2. Umowy dodatkowe mogą być zawierane łącznie z umową podstawową.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 9

1. (otrzymuje brzmienie) Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 15. rok życia i nie ukończyła 55. roku życia.
2. (usunięty)
3. (otrzymuje brzmienie) Osoba przystępująca do ubezpieczenia może być objęta ochroną ubezpieczeniową po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) podpisaniu i przekazaniu poprawnie wypełnionej deklaracji uczestnictwa Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego;
 - 2) opłaceniu składki indywidualnej w należnej wysokości.
4. (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, która objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z Towarzystwem.
5. (usunięty)
6. Towarzystwu przysługuje prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby zgłoszonej przez Ubezpieczającego niezgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
7. (usunięty)
8. (usunięty)
9. (dodany) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania podwyższenia składki indywidualnej;
 - 2) obniżenia sumy ubezpieczenia;
 - 3) zmiany zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpiezonego lub
 - 4) prawo do odmowy objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową, w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa w odniesieniu do danej osoby odbiega od ryzyka standardowego lub jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji uczestnictwa w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania;

w przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki indywidualnej.

§ 10 (otrzymuje brzmienie)

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 11

1. (otrzymuje brzmienie) 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 indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. (otrzymuje brzmienie) 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,
 - c) (usunięty)
 - d) (usunięty)
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka indywidualna za danego Ubezpieczonego,
 - e) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - f) (usunięty)
 - g) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia,
 - h) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia,
 - i) (usunięty)

3. (usunięty)

4. (usunięty)

5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, wpłacona składka indywidualna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

6. (otrzymuje brzmienie) W każdym przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych wygasa w tym samym terminie.

§ 12 (usunięty)

§ 13 (usunięty)

Suma ubezpieczenia

§ 14 (otrzymuje brzmienie)

Suma ubezpieczenia określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 15

1. (otrzymuje brzmienie) Wysokość składki indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) Wysokość składki indywidualnej ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i jest ona uzależniona od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, struktury zawodowej, wieku i płci Ubezpieczonych, informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach uczestnictwa.
3. W taryfie składek nie stosuje się stopy technicznej.

§ 16 (otrzymuje brzmienie)

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną.
2. Ubezpieczający wpłaca składkę na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy najpóźniej w dniu wymagalności składki.
3. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki wpłacone składki zalicza się w pierwszej kolejności na poczet niezapłaconej składki najwcześniej wymagalnej.
4. Zmiana wysokości składki, wynikająca ze zmiany liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym, następuje pod warunkiem zawiadomienia Towarzystwa o zmianach, jakie zaszły w grupie Ubezpieczonych. O ile nie umówiono się inaczej, zmiana ta jest skuteczna od kolejnego okresu rozliczeniowego.

§ 17 (usunięty)

Zmiany umowy ubezpieczenia i zmiana wariantu

§ 18

1. (otrzymuje brzmienie) Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie aktualnych danych o Ubezpieczonych, a w szczególności: struktury zawodowej, wieku i płci Ubezpieczonych, wysokości sum ubezpieczenia, a także zakresu ubezpieczenia.
2. Na podstawie uzyskanych informacji, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo ustala wysokość składki indywidualnej, obowiązującej od najbliższej rocznicy polisy, informując o niej Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni poprzedzających rocznicę polisy.
3. Ubezpieczający ma prawo, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2, złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża zgody na zaproponowaną zmianę wysokości składki indywidualnej. W takim przypadku Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu obniżenie sumy ubezpieczenia, adekwatne do wzrostu kosztu ochrony ubezpieczeniowej, przy uwzględnieniu niezmięnionej wysokości składki indywidualnej.

§ 19 (otrzymuje brzmienie)

Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, wysokości i częstotliwości opłacania składki oraz zakresu ubezpieczenia. Wniosek w tej sprawie należy złożyć Towarzystwu najpóźniej w terminie 2 miesięcy poprzedzających rocznicę polisy, od której zmiany mają obowiązywać.

§ 20

1. Niezależnie od postanowień §§ 18 i 19, każda ze stron umowy ubezpieczenia może zwrócić się do drugiej strony o zmianę innych postanowień umowy ubezpieczenia. W takim przypadku stosuje się odpowiednio postanowienia niniejszych OWU, dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli Towarzystwo i Ubezpieczający uzgodnią zmianę warunków umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejny okres roczny, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy.
3. W przypadku gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do dokonania zmiany umowy ubezpieczenia wymagana jest zgoda Ubezpieczonych, złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia dotyczącego zmiany warunków umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczonych, którzy upoważnili Ubezpieczającego do jej wyrażenia. Dodatkowo w takim przypadku, wraz z oświadczeniem dotyczącym zmiany warunków umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Towarzystwu oświadczenia Ubezpieczonych, o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia, którzy nie upoważnili Ubezpieczającego do dokonania tej czynności lub odwołali takie upoważnienie.

Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 21 (otrzymuje brzmienie)

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, oraz do prawidłowego i terminowego

wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

2. Towarzystwo zobowiązane jest do doręczania Ubezpieczającemu:
 - 1) na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 2) polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego 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 umowy ubezpieczenia;
 - 4) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym o wartości rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

§ 22 (otrzymuje brzmienie)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości i terminach określonych w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem zgody na finansowanie składki przez Ubezpieczonego (w przypadku gdy składka jest finansowana przez Ubezpieczonego), na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku Tekst jednolity.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonym, 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 Ubezpieczającego 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 ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
 - 3) 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.
4. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczającego Ubezpieczonym Tekstu jednolitego lub informacji, zgodnie z postanowieniami ust. 2 i 3 niniejszego paragrafu, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonych odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W sytuacji o której mowa w ust. 3 pkt 1) niniejszego paragrafu, Ubezpieczający obowiązany jest także poinformować Ubezpieczonych o skutkach niewyrażenia zgody na zmianę umowy ubezpieczenia określonych w Tekście jednolitym.
6. 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.

§ 23

Obowiązki określone w postanowieniach §§ 21 i 22 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 24

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, spowodowane zostało wskutek:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) (otrzymuje brzmienie) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych, jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że wartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; 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: wszelkich sportach lotniczych, wspinaczce, speleologii, skokach na linie, nurkowaniu z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportach motorowych i motorowodnych, sportach spadochronowych, sportach walki, oraz udziału 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;
 - 6) (usunięty)
3. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie innych osób niż Ubezpieczonego, postanowienia ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do: współmałżonka Ubezpieczonego, rodziców Ubezpieczonego, rodziców współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego.
4. Wyłączenia odpowiedzialności, o których mowa w ust. 2, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem i nastąpiło w okresie karencji.
5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 25

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, obowiązkiem 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 jego wiadomości.

Odstąpienie od umowy podstawowej

§ 26 (otrzymuje brzmienie)

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy podstawowej

§ 27 (otrzymuje brzmienie)

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę podstawową w każdym czasie w formie pisemnej, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, złożonego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia w formie pisemnej, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 28 (otrzymuje brzmienie)

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) na skutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
- 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta:
 - a) jeżeli strony nie przedłużyły okresu jej obowiązywania,
 - b) jeżeli strony nie uzgodniły warunków zmiany umowy ubezpieczenia do rocznicy polisy,
 - c) jeżeli liczba Ubezpieczonych, którzy wyrazili zgodę na zmianę warunków umowy ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo lub Ubezpieczającego, jest niższa od minimalnej liczby Ubezpieczonych określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo i Ubezpieczający w drodze negocjacji ustalą inaczej;
- 3) z upływem 4 miesięcy, licząc od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych, jeżeli nie została ona zapłacona w tym terminie, mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni;
- 4) wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego – z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji.

§ 29 (otrzymuje brzmienie)

1. Rozwiązanie umowy podstawowej powoduje rozwiązanie z tą samą datą zawartych umów dodatkowych.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, wpłacona składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Uposażony

§ 30

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

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

Wypłata świadczenia

§ 31 (otrzymuje brzmienie)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. 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.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 2.
5. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

§ 32 (usunięty)

§ 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.

§ 34 (usunięty)

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. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: 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 ust. 1 i 2.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. 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.

2. (usunięty)


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 Ubezpieczonym za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na wskazany w deklaracji uczestnictwa przez Ubezpieczonego adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub numer faksu.
5. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późniejszymi zmianami).
6. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
7. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późniejszymi zmianami).
8. 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.
9. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

§ 38 (otrzymuje brzmienie)

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

§ 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.
2. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu o indeksie GPWD/07/11/01 zmienione umową generalną Pakiety GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu zmienione umową generalną Pakiety GSU, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakiety GSU.

§ 2

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

- 1) (usunięty)
- 2) (otrzymuje brzmienie) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia;
- 3) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 24 godziny w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - b) 7 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby;
 w rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia dziecka do szpitala, a kończy w dniu wypisania dziecka ze szpitala;
- 4) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu dziecka na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju dziecka;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów dziecka powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki leczniczej zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3 (otrzymuje brzmienie)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w celu leczenia:
 - 1) choroby zdiagnozowanej, rozpoznanej lub leczonej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub
 - 2) objawów choroby zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub
 - 3) obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdej rocznicy polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. (otrzymuje brzmienie) Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. (otrzymuje brzmienie) 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) (usunięty)
3. (otrzymuje brzmienie) Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytym dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7 (otrzymuje brzmienie)

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa indywidualna płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa indywidualna.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 9

1. W związku z pobytym dziecka Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - a) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu;
 - 2) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

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

§ 10

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

§ 11

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu dziecka w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia dziecka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.

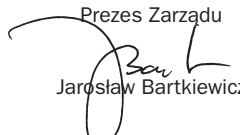
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:

- 1) leczenie lub poddanie się przez dziecko zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub położeniem;
- 2) poddanie dziecka operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległo dziecko w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- 3) wykonanie dziecku rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała dziecka;
- 4) wykonanie dziecku zabiegów rehabilitacyjnych;
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych dziecka;
- 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV dziecka;
- 7) leczenie wad wrodzonych dziecka.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. (otrzymuje brzmienie) W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 listopada 2007 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego o indeksie GCD/07/11/01 zmienione umową generalną Pakietu GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakietu GSU, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

§ 2

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

- 1) (usunięty)

- 2) (otrzymuje brzmienie) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;

- 3) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób dziecka Ubezpieczonego:

- a) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory *in situ*, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
- b) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,
- c) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby,
- d) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny bądź też obu tych zaburzeń,

- e) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
- f) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
- g) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego,
- h) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,
- i) (otrzymuje brzmienie) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ubezpieczeniem objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, w szczególności: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie,
- j) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdej rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. (otrzymuje brzmienie) Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania, w związku z którym Ubezpieczonemu należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,
 - b) (usunięty)
3. (otrzymuje brzmienie) Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) które jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

(otrzymuje brzmienie) Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8 (otrzymuje brzmienie)

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa indywidualna płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa indywidualna.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także następstwem choroby AIDS lub zakażenia dziecka Ubezpieczonego wirusem HIV, samookaleczenia lub okaleczenia dziecka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.

3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że dziecko Ubezpieczonego pozostało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
4. (usunięty)


§ 10

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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. (otrzymuje brzmienie) W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 listopada 2007 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 o indeksie GŚO/12/02/01 zmienione umową generalną Pakietu GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia AXA 24, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

§ 2

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

- 1) **Centrum Operacyjne AXA** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania, w wieku do 18 lat;
- 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 6) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego AXA;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie RP, w którym Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego AXA spełnia warunki realizacji świadczeń AXA 24;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;

- 10) (otrzymuje brzmienie) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 15) rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem chorób, które zostały zdiagnozowane lub rozpoznane przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku zgodnie z OWUD;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 15)) rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko, rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 12) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
- 13) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 14) **rodzic Ubezpieczonego** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 15) **rodzic współmałżonka Ubezpieczonego** – matka lub ojciec współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca współmałżonka lub wdową po ojcu współmałżonka, o ile po śmierci ojca współmałżonka nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki współmałżonka lub wdowcem po matce współmałżonka, o ile po śmierci matki współmałżonka nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 16) **rozstrój zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem chorób przewlekłych;

- 17) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiającą samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
 - 18) **świadczenie medyczne** – zapewnienie przez Towarzystwo organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów usług medycznych, o których mowa w § 4 ust. 4;
 - 19) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
 - 20) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
 - 21) **urodzenie się dziecka Ubezpieczonego** – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
 - 22) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) rozstroju zdrowia w następstwie nagłego zachorowania,
 - b) obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 4 ust. 4 pkt 17);
 - d) urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – wyłącznie w zakresie świadczenia „wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka”.
- 7) wizytę pielęgniarki;
 - 8) rehabilitację;
 - 9) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 10) opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w przypadku hospitalizacji;
 - 11) korepetycje;
 - 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka;
 - 13) opiekę domową po hospitalizacji;
 - 14) wizytę położnej w przypadku urodzenia się dziecka;
 - 15) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka;
 - 16) przekazanie pilnej wiadomości;
 - 17) pomoc psychologa;
 - 18) infolinię medyczną.
2. Łączna suma ubezpieczenia na zdarzenie ubezpieczeniowe:
 - 1) wynosi 3000 zł – w stosunku do świadczeń medycznych określonych w ust. 4 pkt 1)–14) oraz pkt 17);
 - 2) wskazana jest każdorazowo w opisie danego świadczenia – w stosunku do świadczeń medycznych określonych w ust. 4 pkt 15);
 - 3) nie występuje w stosunku do świadczenia polegającego na dostępie do informacji medycznej, co oznacza, że infolinia medyczna organizowana jest bez limitów.

Sumy te mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
 3. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne AXA, o ile Ubezpieczony, współmałżonek, przedstawiciel ustawowy dziecka, a także dziecko, gdy jest pełnoletnie, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w ust. 2 pkt 1) odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka i dziecka.
 4. Świadczenia medyczne realizowane są w sposób określony poniżej i po spełnieniu poniższych warunków:
 - 1) opieka po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinni pozostać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania;
 - 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;
 - 3) (otrzymuje brzmienie) transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA;
 - 4) (otrzymuje brzmienie) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko przebywali w placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka z placówki medycznej do miejsca zamieszkania;

Przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia udzielane w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) opiekę po hospitalizacji;
 - 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza;
 - 3) transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do placówki medycznej;
 - 4) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania;
 - 5) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej;
 - 6) wizytę lekarską;

- 5) (otrzymuje brzmienie) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczonego przebywa Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko skierowani zostali na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny;
- 6) wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 7) wizyta pielęgniarki – Towarzystwo, na zlecenie lekarza prowadzącego, zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku; świadczenie na rzecz Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
- wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
 - wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
 - wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
- 8) rehabilitacja – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa – w granicach sumy ubezpieczenia – koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie;
- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
- przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania (na terytorium RP) osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy) albo
 - przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terytorium RP) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu AXA przez Ubezpieczonego danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi, w szczególności: imię i nazwisko, dane teleadresowe;
- Centrum Operacyjne AXA świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki;
- w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu AXA nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną; powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 11) korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej, w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);
- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko jest hospitalizowane, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia;
- 13) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinni przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niżej wymienionym zakresie:
- zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - niezbędne porządki,
 - dostawa/przygotowanie posiłków,

- opieka nad zwierzętami domowymi,
 - podlewanie kwiatów;
- niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- 14)** wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczonego lub współmałżonka, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty 1 wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w miejscu zamieszkania; świadczenie przysługuje w okresie pierwszego miesiąca od wyjścia matki dziecka ze szpitala;
- 15)** udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
- a)** opieka po hospitalizacji – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - b)** transport na wizytę kontrolną – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na 1 wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego do placówki medycznej,
 - c)** asysta – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - d)** infolinia medyczna – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka, Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 16)** przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka – na wniosek Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka Operator Centrum Operacyjnego AXA przekaże wyznaczonej przez Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecko osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległ Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko;
- 17)** pomoc psychologa – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:
- a)** zgonu Ubezpieczonego,
 - a)** zgonu dziecka,
 - b)** urodzenia się martwego dziecka,
 - c)** zgonu współmałżonka,
 - d)** poronienia,
 - e)** rozstroju zdrowia Ubezpieczonego,
 - f)** rozstroju zdrowia współmałżonka,
 - g)** rozstroju zdrowia dziecka,
- Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 18)** infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie RP a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku dostęp do informacji na temat:
- a)** jednostek chorobowych,
 - b)** stanów wymagających nagłej pomocy,
 - c)** zachowań prozdrowotnych,
 - d)** leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - e)** ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - f)** przygotowania się do porodu,
 - g)** pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - h)** badań prenatalnych,
 - i)** szkół rodzenia,
 - j)** karmienia noworodka,
 - k)** obowiązkowych szczepień dzieci,
 - l)** pielęgnacji niemowląt,
 - m)** transportu medycznego,
 - n)** telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie RP pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorujących dzieci,
 - o)** placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych Centrum Operacyjnego AXA,
 - p)** aptek znajdujących się na terytorium RP, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - q)** badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - r)** szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
 - s)** placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - t)** placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - u)** sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - v)** domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - w)** przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa.

- 4a. (dodany) O zasadności transportu medycznego i wyborze środka transportu, w każdym przypadku określonym w ust. 4 pkt 3)–5) decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
5. (otrzymuje brzmienie) O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4a.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 5

- Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy podstawowej lub z początkiem jej obowiązywania od dowolnej rocznicy polisy.
- Do zawarcia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy podstawowej, dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa

§ 9

- W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych OWUD, Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka powinni dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.
- W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno Ubezpieczony, jak i osoba występująca w jego imieniu, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka są zobowiązani:

- 1) podać nazwisko i imię Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka, a także numer PESEL i w miarę możliwości jego numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym sami pokryli koszty usług medycznych, o których mowa w OWUD, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu, współmałżonkowi, dziecku oraz rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu ich przez Centrum Operacyjne AXA. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, któremu dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia w § 4 ust. 4 pkt 14).
 5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełnili któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka jest zobowiązany do podania prawdziwych, pełnych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
 7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 10


1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne AXA, w zakresie w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; koszty takich świadczeń ponosi Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka;

- 2) zdarzenia skutkujące powstaniem zagrożenia życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia związane z zagrożeniem życia Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka zdefiniowane tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do Centrum Operacyjnego AXA – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego AXA, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 4;
 - 3) kosztów zakupu leków;
 - 4) kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 5) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 4 ust. 4 pkt 8) OWUD, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) pozostawania Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka pod wpływem alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
 - d) użycia przez osobę, w stosunku do której realizowane mają być świadczenia określone w OWUD, narkotyków lub substancji toksycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - f) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
 - g) uprawiania niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej, w szczególności: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - j) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS i wirusa HIV pozytywnego,
 - k) chorób przewlekłych,
 - l) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
 - m) szczepień,
 - n) leczenia dentystycznego,
 - o) niestosowania się Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA.

Postanowienia końcowe

§ 11

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

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia

– konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania o indeksie GUKS/13/03/01 zmienione umową generalną Pakietu GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania zmienione umową generalną Pakietu GSU, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

§ 2

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

- 1) **konsultacje lekarzy specjalistów** – konsultacje lekarzy specjalistów, uwzględnionych w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 2) **limit refundacyjny** – 90 PLN za każdą konsultację;
- 3) **partner medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Uprawnionego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji Uprawnionego u lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. (otrzymuje brzmienie) Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej ubezpieczenia, w dniu zawarcia umowy podstawowej lub z początkiem jej obowiązywania od dowolnej rocznicy polisy, o ile zakres umowy ubezpieczenia zawiera lub od chwili zawarcia umowy dodatkowej będzie zawierać dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiet GSU – Moje Dziecko.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.
3. (usunięty)

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

1. (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

2. (otrzymuje brzmienie) Wypowiedzenie umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego zmienionej umową generalną Pakietu GSU oznacza wypowiedzenie umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych OWUD.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział niniejszą umowę dodatkową.

Składka

§ 8

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego Towarzystwo przyzna Uprawnionemu świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile umowa dodatkowa została zawarta do dodatkowego grupowego ubezpieczenia, z tytułu którego Ubezpieczonemu przyznano świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej obejmuje pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji Uprawnionego u lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu odpowiedniego dodatkowego ubezpieczenia grupowego wskazanego w ust. 1 powyżej.
3. Konsultacje lekarzy specjalistów realizowane są przez placówki medyczne należące do podstawowej sieci partnera medycznego AXA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axazdrowie.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego AXA, można uzyskać także na infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
4. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia Uprawnionego lub jego opiekuna prawnego, w przypadku gdy Uprawnionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile Uprawniony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawnionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile Uprawniony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawnionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji konsultacji lekarza specjalisty Uprawniony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawnionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego AXA.
6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego Uprawniony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;

- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. W przypadku gdy nie jest możliwe zrealizowanie konsultacji lekarza specjalisty w sieci partnera medycznego AXA, Uprawniony lub jego opiekun prawny, w przypadku gdy Uprawnionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, po uzyskaniu od Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, zgody na realizację świadczenia poza siecią partnera medycznego AXA, ma prawo skorzystać z dowolnie przez siebie wybranej placówki medycznej. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione przez Uprawnionego lub jego opiekuna prawnego koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego.
 8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci Uprawnionemu lub jego opiekunowi prawnemu, jeśli Uprawnionym jest niepełnoletnie dziecko Ubezpieczonego, poniesione przez niego koszty konsultacji lekarzy specjalistów określonych w § 2 pkt 1), do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
 9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, poniesionych zgodnie z ust. 7, Uprawniony lub jego opiekun prawny zobowiązany jest złożyć u partnera medycznego AXA wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axazdrowie.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz fakturę lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.
 10. W przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w ust. 7, Towarzystwo ma prawo do odmowy pokrycia kosztów konsultacji lekarzy specjalistów poniesionych przez Uprawnionego lub jego opiekuna


prawnego, chyba że Uprawniony lub jego opiekun prawny nie uzyskał zgody na realizację świadczenia poza siecią partnera medycznego AXA z przyczyn leżących wyłącznie po stronie Towarzystwa.

11. Aktualna lista placówek medycznych partnera medycznego AXA znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. Dodatkowo informacje o liście placówek oraz zakresie udzielanych przez nie świadczeń można uzyskać pod numerem całodobowej infolinii medycznej. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

Postanowienia końcowe

§ 10

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

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku o indeksie GUUCD/14/07/01 zmienione umową generalną Pakietu GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1

(otrzymuje brzmienie) Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakietu GSU, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

§ 2

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

- 1) (usunięty)
- 2) (otrzymuje brzmienie) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;

- 3) **uszczerbek** lub **uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka stanowiącej integralną część niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdej rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. (otrzymuje brzmienie) Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
- 3) w odniesieniu do danego Ubezpieczonego – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z łączną kwotą świadczeń wypłaconych dotychczas z tytułu umowy dodatkowej łącznie stanowi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7 (otrzymuje brzmienie)

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. (otrzymuje brzmienie) Składka dodatkowa indywidualna płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa indywidualna.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

2. Suma świadczeń, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek powodujący uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

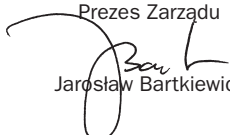
§ 10

1. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka, stanowiącą załącznik do niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo udostępni Tabelę na stronie internetowej Towarzystwa lub na żądanie.
2. Warunkiem rozpatrzenia świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
3. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. (otrzymuje brzmienie) W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/13/06/2014 z dnia 13 czerwca 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 lipca 2014 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); maksymalne sumaryczne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6% sumy ubezpieczenia;

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami; oparzenia oceniane są wg Tablicy Lunda i Browdera.

A. USZKODZENIA GŁOWY

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--	--

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):

- | | |
|--------------------------------|---|
| a) rany skóry owłosionej głowy | 1 |
|--------------------------------|---|

- | | |
|---|----|
| b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni) | 25 |
|---|----|

2. Złamania kości czaszki:

- | | |
|-------------------------------|---|
| a) sklepienia (za każdą kość) | 2 |
| b) podstawy | 5 |

3. Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni: 10

4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:

- | | |
|------------------------------------|----|
| a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni | 1 |
| b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni | 2 |
| c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni | 5 |
| d) z hospitalizacją powyżej 10 dni | 10 |

5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:

- | | |
|---|---|
| a) bloczkowy dodatkowy, podjęzykowy | 2 |
| b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielnny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy | 3 |

B. USZKODZENIA TWARZY

Wysokość świadczenia
odpowiadająca procentowi
sumy ubezpieczenia

6. Uszkodzenia powłok twarzy:

a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5

7. Uszkodzenia nosa:

a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30

8. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:

Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.

9. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:

a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1

10. Utrata szczęki lub żuchwy:

a) częściowa	15
b) całkowita	40

11. Złamania żuchwy:

a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1

12. Ubytek podniebienia**13. Urazy języka:**

a) rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

(nie podlegają sumowaniu)

Wysokość świadczenia
odpowiadająca procentowi
sumy ubezpieczenia

14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40

16. Ubytki pola widzenia:

a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednoczne)	5

17. Bezsoczewkowość pourazowa:

a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów wzrocznych wymagające korekcji operacyjnej:

a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15

19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35

20. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy

	3
--	---

21. Wytrzeszcz tętniący pourazowy

	40
--	----

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Wysokość świadczenia
odpowiadająca procentowi
sumy ubezpieczenia

22. Urazy małżowiny usznej:

a) rany, oparzenia i odmrożenia	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30

23. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:

a) bez utraty słuchu, jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów.

24. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZELYKU

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
26. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
27. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:		
a) rany skóry	1	
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1	
29. Uszkodzenie lub utrata sutka:		
a) rany brodawki	1	
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3	
c) krwaki sutka wymagające nacięcia	2	
d) częściowa lub całkowita utrata sutka	15	
30. Złamania żeber:		
a) złamania od 2 do 4 żeber	2	
b) złamania od 5 do 10 żeber	7	
c) złamania powyżej 10 żeber	10	
31. Złamanie mostka:		
a) bez przemieszczenia	2	
b) z przemieszczeniem	4	
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6	
32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:		
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2	
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5	
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10	
d) utrata części płuca	15	
e) utrata całego płuca	30	
33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:		
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10	
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30	
34. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie		10

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
35. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry	1

b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
c) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5

36. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:

a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10

37. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie

	10
--	----

38. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:

a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15

39. Uszkodzenia śledziony:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	20

40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wysokość świadczenia
odpowiadająca procentowi
sumy ubezpieczenia

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowej nerki	15
d) utrata całkowitej nerki	30
e) utrata obu nerek	100

42. Uszkodzenie moczowodu:

a) leczone endoskopowo	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

43. Uszkodzenie pęcherza moczowego:

a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowitej pęcherza	50

44. Uszkodzenia cewki moczowej:

a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

45. Uszkodzenia prącia:

a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40

46. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:

a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40

47. Utrata macicy 30**48. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:**

a) izolowane rany w zakresie skóry	2
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

49. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:

a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.

50. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):

a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

52. Rozejście się spojenia łonowego 5**53. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego** 10**54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:**

a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10

d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
---	----

55. Złamanie panewki stawu biodrowego:

a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

56. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:

a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

ŁOPATKA**57. Złamania łopatki:**

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1

OBOJCZYK**58. Złamania obojczyka:**

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

59. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY**60. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:**

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15

61. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym 65

62. Utrata kończyny wraz z łopatką 70

RAMIĘ

63. Złamanie trzonu kości ramiennej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte 12

b) złamania otwarte 10

c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 7

d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 4

e) inne złamania 2

64. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:

a) rany skórne 1

b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie 4

c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie 3

65. Utrata kończyny w obrębie ramienia 60

STAW ŁOKCIOWY

66. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 8

b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 5

c) inne złamania 2

67. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie 1

b) zwichnięcie 3

PRZEDRAMIĘ

68. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 7

b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 4

c) inne złamania 2

69. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego 9

b) złamania otwarte 7

c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 5

d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 4

e) inne złamania 2

70. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:

a) rany skórne 1

b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie 2

c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde) 2

71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia 55

72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka 50

NADGARSTEK

73. Uszkodzenia nadgarstka:

a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem 7

b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 4

c) inne złamania 2

d) zwichnięcia 5

e) skręcenia 1

74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka 50

ŚRÓDRĘCZE

75. Złamania kości śródreczę:

a) I kość śródreczę:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 6

– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 4

– inne złamania 2

b) II kość śródreczę:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem 4

– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 2

– inne złamania 1

c) III, IV, V kość śródreczę:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem 2

– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 1

– inne złamania 1

KCIUK

76. Utrata w zakresie kciuka:

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki 1

b) utrata paliczka paznokciowego 6

c) utrata obu paliczków bez kości śródreczę 10

d) utrata obu paliczków z kością śródreczę 15

77. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 6

b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 4

c) inne złamania 2

d) rany 1

e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde) 2

f) zwichnięcia w stawie międzypalczkowym 2

g) zwichnięcia w stawie śródreczęno-palczkowym 2

PALEC WSKAZUJĄCY

78. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki 1

b) utrata paliczka paznokciowego 2

c) utrata paliczka środkowego 8

d) utrata trzech paliczków 10

e) utrata wskaziciela z kością śródreczę 11

79. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 4

b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 2

c) inne złamania 1

d) rany 1

e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde) 2

f) zwichnięcia w stawie międzypalczkowym lub śródreczęno-palczkowym 1

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

80. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:

a) palec III – utrata paliczka paznokciowego 2

b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródreżca	9
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	3
h) utrata palca IV z kością śródreżca	4
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródreżca	4

81. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:

a) palec III:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
– złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
b) palec IV:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
– złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c) palec V:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY

82. Utrata kończyny dolnej:

a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

83. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego 20	

UDO

84. Złamanie kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3

85. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:

a) rany skórne uda lub pośladka	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8

KOLANO

86. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiżdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

87. Złamania rzepki:

a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

88. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):

a) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczno-bocznego – LCL	4
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4

89. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego

	50
--	----

PODUDZIE

90. Złamanie kości podudzia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiżdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3

91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

92. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:

a) rany skórne	1
----------------	---

b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2

93. Utrata kończyny w obrębie podudzia:

a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45

STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA

94. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:

a) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
c) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
e) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
f) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
g) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
h) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
i) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6

95. Złamania kości skokowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3

96. Złamania kości piętowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4

97. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:

a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40

98. Uszkodzenie kości stępu – każda

(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2

99. Złamania kości śródstopia – każda

(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2

100. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:

a) rany	1
---------	---

101. Utrata stopy w całości

	45
--	----

102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego

	40
--	----

103. Utrata stopy w środkowej części stępu

	35
--	----

104. Utrata stopy w okolicy stępu-śródstopnej

25

PALCE STOPY

105. Uszkodzenie palucha:

a) rana	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	9

106. Złamania palucha:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1

107. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V

(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):

a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1

108. Utrata palców stopy II–V (każdy)

2

109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)

3

110. Utrata palca V z kością śródstopia

4

111. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia

(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)

1

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

112. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:

a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
– częściowe	5
– całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
– częściowe	5
– całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
– częściowe	3
– całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	30

f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	2
– całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
– częściowe	3
– całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
– częściowe	7
– całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
– częściowe	2
– całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	

– częściowe	5
– całkowite	15
p) nerwu udowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
– częściowe	3
– całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
– częściowe	3
– całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
– częściowe	10
– całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Niniejsza Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka Ubezpieczonego została zatwierdzona uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/27/03/2014 z dnia 27 marca 2014 r.