



Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

Pakiet Ochronny

Wariant Życie z Plusem

Spis treści

Wariant Życie z Plusem	Indeks	Strona
1) Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem	GNF/16/02/01	2
2) Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	GNFCP/16/05/01	8

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 3 ust. 2, 3, 4
§ 12; § 38

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 10 ust. 2 pkt 1)
§ 15 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy
§ 16; § 17
§ 26 ust. 2, 3

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- 1) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- 2) OWU;
- 3) polisa ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- 4) każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

! Warunki zawartej umowy ubezpieczenia określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z Towarzystwem dokumentach.

Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

§ 3

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji Ubezpieczonego.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

§ 4

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia wniosku najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

! Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest poprawnie wypełniony wniosek.

4. Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.

5. Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia polisę, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją Ubezpieczającemu.

! Towarzystwo może poprosić Ubezpieczającego o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagi na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo.
Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) została opłaconą składka w należnej wysokości;
 - 2) został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
 - 3) została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.
2. Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w polisie.

! Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłaconą składka oraz zostaną spełnione pozostałe warunki, o których jest mowa powyżej.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

§ 6

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - 1) udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
 - 2) dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - 3) skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
 - 3) określenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj. zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia, podwyższenia składki, obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych.

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w *polisie*.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i jest automatycznie przedłużana, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złożą odmiennego oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wieku osoby objętej ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w *polisie*.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w *polisie*.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w *polisie*.

W jaki sposób opłacana jest składka

§ 9

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa składka może być opłacana z inną częstotliwością.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w *polisie*. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składki.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

§ 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należnej;
 - 2) składka nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa wskazany przez Towarzystwo;
 - 3) składka nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w *polisie*.
2. W przypadku niezapłacenia całości lub części składki w terminie wymagalności, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości składki, wskazując w wezwaniu co najmniej 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty składki oraz informując o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, to jest:
 - 1) ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa z upływem terminu dodatkowego;
 - 2) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składek. W przypadku nieopłacenia należnej składki w terminie Towarzystwo wezwie do jej opłacenia.

W przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym co najmniej 7-dniowym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie

§ 11

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.

2. Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni nie złoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeśli Ubezpieczający złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiąże się ostatniego dnia roku polisy.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważni Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaże Ubezpieczającemu pisemną zgodę na proponowane warunki, a Ubezpieczający przekaże ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

! Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo proponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 12

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony otrzyma świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

Uposażony

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która umyślnie 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 wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej www.axa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub in-

nej placówki medycznej, w której *Ubezpieczony* był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.

3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego* – w zakresie *umów dodatkowych*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. 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*.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz *Ubezpieczonego* – w zakresie *umów dodatkowych*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz *Ubezpieczonego* w zakresie *umów dodatkowych*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłatę w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacane jest w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

III. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA

! W poniższym rozdziale opisaliśmy przypadki, w których ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona lub świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 15

1. *Karencja* określona jest w *polisie*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* oraz *umów dodatkowych*, nastąpi wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* nastąpi wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* jest następstwem:
 - 1) spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 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* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) uprawiania przez *Ubezpieczonego* następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, sportów spadochronowych, sportów walki (nie dotyczy rekreacyjnego uprawiania sportów walki) oraz udziału *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami;
 - 4) pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez *Ubezpieczonego* pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego.
4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do *umowy podstawowej* oraz wszystkich *umów dodatkowych*, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie *karencji*.
 5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* lub *umów dodatkowych* spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
 6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, rodziców *Ubezpieczonego*, *rodziców współmałżonka*, *dziecka*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 17

W przypadku ujawnienia, że przed datą rozpoczęcia ochrony *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* podał nieprawdziwe wiadomości, a zwłaszcza zatajona została *choroba Ubezpieczonego*, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

! Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odmową wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem Towarzystwa

§ 18

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki.
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach *umowy ubezpieczenia*. Jeżeli Towarzystwo zawarło *umowę ubezpieczenia* mimo braku odpowiedzi *Ubezpieczającego* na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W przypadku *umowy ubezpieczenia* zawieranej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU, OWUD wraz z załącznikami.
6. *Ubezpieczający* przekazuje *Ubezpieczonemu*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje 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 ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*.

- ! Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:
 - 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
 - 2) opłacanie składki zgodnie z warunkami zawartej umowy;
 - 3) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wnioskach i innych dokumentach;
 - 4) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, przekazywanie osobom zainteresowanym przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, gdy *Ubezpieczony* finansuje składkę, warunków *umowy ubezpieczenia*.

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia *Ubezpieczającemu* OWU i OWUD;
- 2) doręczenia *Ubezpieczającemu* polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w *umowie ubezpieczenia* oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

§ 20

1. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia *Ubezpieczony* zobowiązany jest do zapoznania się z OWU, OWUD oraz zakresem ubezpieczenia (w tym sumami ubezpieczenia).
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych we wniosku.

V. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

§ 21

Ubezpieczający może odstąpić od *umowy ubezpieczenia* w terminie 30 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 opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od *umowy* powinno być złożone w formie pisemnej.

- ! *Ubezpieczający* może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach.

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

§ 22

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając oświadczenie o rezygnacji w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę.

- ! *Ubezpieczony* może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

§ 23

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a *umowa ubezpieczenia* rozwiązuje się:
 - 1) z dniem odstąpienia przez *Ubezpieczającego* od *umowy podstawowej*;
 - 2) z dniem śmierci *Ubezpieczonego*;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym *Ubezpieczony* ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
 - 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli *Ubezpieczony* nie wyraził zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia*;
 - 5) z upływem ostatniego dnia *miesiąca polisy*, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym *Ubezpieczający* złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 7) w przypadku rezygnacji *Ubezpieczonego* z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
 - 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres.

Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

§ 24

1. *Ubezpieczający* może w dowolnym momencie trwania *umowy* wypowiedzieć *umowę*. Rozwiązanie *Umowy* następuje na podstawie pisemnego i podpisanego wniosku doręczonego *Towarzystwu* ze skutkiem na koniec *miesiąca polisy*.
2. *Umowę* ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez *Ubezpieczającego* w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania *Ubezpieczającego* do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 25

Wszelkie zmiany w *umowie ubezpieczenia* są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, jeżeli *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę.

Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

§ 26

1. *Ubezpieczający*, za zgodą *Ubezpieczonego*, ma możliwość zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki. Wniosek o dokonanie zmian *Ubezpieczający* zgłasza Towarzystwu najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy. Towarzystwo może określić dodatkowe warunki zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki, wskazując je w polisie.
2. W przypadku gdy w wyniku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się karencję, która wskazana jest w polisie.
3. W przypadku gdy zmiana zakresu i sum ubezpieczenia wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie karencji, świadczenie ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą zakresu i sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że *karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zmiany zakresu i sum ubezpieczenia.

- ! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia jest możliwa, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie *karencje*.

VI. UMOWY DODATKOWE

- ! Wszystkie *umowy dodatkowe* opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich *umowy dodatkowe* mogą być zawierane, wypowiedzane i rozwiązywane.

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych

- ! Pojęcia zdefiniowane w OWU, używane w poszczególnych OWUD, mają znaczenie nadane im w OWU, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa

§ 27

1. *Umowa dodatkowa* może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu *umowy podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* zawierana jest w tym samym trybie co *umowa podstawowa*, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.

- ! Wszystkie *umowy dodatkowe* mogą zostać zawarte jako rozszerzenie *umowy podstawowej*.

W jakim czasie świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach poszczególnych umów dodatkowych

§ 28

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 5 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy podstawowej*, w trybie określonym w *umowie podstawowej*, a ponadto:
 - 1) z dniem rozwiązania *umowy dodatkowej*;
 - 2) z dniem odstąpienia od *umowy dodatkowej*.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową

§ 29

Umowa dodatkowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa

§ 30

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

W jaki sposób ustalana jest suma ubezpieczenia i składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 31

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
2. Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu umowy podstawowej.
3. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
4. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu umowy podstawowej.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 32

1. W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które są określone w polisie.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

Postanowienia końcowe

§ 33

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

VII. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 34

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – przesyłką 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 numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie od-

powiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.

8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w OWU.
12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

! W każdym przypadku klient Towarzystwa może wnieść reklamację, w tym skargę lub zażalenie, na działalność Towarzystwa.

14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 35

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.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Za zgodą Stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
2. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w ust. 1, wymaga pisemnej akceptacji przez obie Strony umowy.
3. O ile OWU nie stanowią inaczej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
5. 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.

Informacje o przepisach podatkowych

§ 37

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. 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.

IX. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 38

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część *umowy ubezpieczenia* oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek *pobytu dziecka w szpitalu* pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy *polisy* nie stanowią inaczej;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w *polisie* dzień, w którym należąca jest Towarzystwu składka;
- 3) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres *karencji* uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki;
- 4) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w *polisie*, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 5) **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* lub *dziecka, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka; zawału serca, udaru mózgu* i innych *chorób*, nawet występujących nagle, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;
- 7) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania *umowy ubezpieczenia*, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 8) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polisy*;
- 9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *polisie*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczonemu* przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca *umowę ubezpieczenia* i zobowiązana do opłacania składek;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez *Ubezpieczającego* jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;
- 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;
- 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 16) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowy dodatkowe*, wówczas obejmuje również te *umowy dodatkowe*;
- 17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r., zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/29/09/2016 z dnia 29 września 2016 r., nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. oraz nr 1/23/08/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. i wchodzi w życie od dnia 1 października 2018 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GNFCP/16/05/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 2; § 4 ust. 1, 2, 4, 5, 10; § 6

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01

§ 2 ust. 1, 2 i 3; § 3 ust. 3 i 4; § 4 ust. 3; § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt Ubezpieczonego w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:
 - 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym* i *wypadkiem przy pracy*.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) *pobyt Ubezpieczonego* na *OIOM/OIT*, *rekonwalescencję Ubezpieczonego* i *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.

! Definicja *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* i *sanatorium* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu

§ 2

1. W przypadku pobytu *Ubezpieczonego w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu *Ubezpieczonego w szpitalu*. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym się rozpoczął.

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

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*.

Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu w szpitalu*, pod warunkiem że *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem Ubezpieczonego na OIOM/OIT, rekonwalescencją lub pobytem Ubezpieczonego w sanatorium

§ 3

1. W przypadku pobytu na *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* lub pobytu w *sanatorium* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w *polisie*.
2. W przypadkach pobytu na *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* lub pobytu w *sanatorium* Towarzystwo wypłaci świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) *pobyt na OIOM/OIT* związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *rekonwalescencja* związana jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt w szpitalu* trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 3) *pobyt w sanatorium* związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium* potwierdzony został dokumentacją medyczną.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z *pobytem Ubezpieczonego w sanatorium* nie więcej niż za jeden *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium* w danym roku *polisy*, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niezależnie od liczby *pobytów Ubezpieczonego w sanatorium*, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* tylko jedno świadczenie w związku z *pobytem Ubezpieczonego w sanatorium* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych

§ 4

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni, *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *polisie* dla każdego *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby *pobytów Ubezpieczonego w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna *Ubezpieczonemu* tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z co najmniej 10-dniowym *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:

- stronie www.axa.pl
- infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Ubezpieczonego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Ubezpieczony* 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 *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej.

5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.

Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Ubezpieczony* 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*.
10. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* określonej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 4 ust. 4, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.
12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl) i w siedzibie Towarzystwa wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danego świadczenia.

! *Ubezpieczony* może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia*, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 5

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem *pobytu w szpitalu* jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez *Ubezpieczonego* zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem *pobytu w szpitalu* jest leczenie choroby *Ubezpieczonego*, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie *Ubezpieczonego* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jakiemu uległ *Ubezpieczony* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) wykonanie *Ubezpieczonemu* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała Ubezpieczonego*;
 - 4) wykonanie *Ubezpieczonemu* zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób wrodzonych i zaburzeń psychicznych *Ubezpieczonego*;
 - 6) leczenie wad wrodzonych *Ubezpieczonego*, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane przed objęciem ochrony ubezpieczeniowej.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *Ubezpieczony* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączały możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 6

- 1) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną *pobyt w szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:

- a) 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- b) 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia *choroby* lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
- c) 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu w związku z powikłaniami poporodowymi,
- w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *Ubezpieczonego do szpitala*, a kończy się w dniu wypisania *Ubezpieczonego ze szpitala*; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiochirurgicznych;
- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 6) **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 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 ani ośrodka rehabilitacji;
- 7) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w *szpitalu*, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
- 8) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 9) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarzką i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/30/05/2016 z dnia 30 maja 2016 r., zmienione uchwałą nr 1/29/09/2016 z dnia 29 września 2016 r. i wchodzi w życie od tego dnia.