



Grupy nieformalne

Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA
zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Spis treści

1) Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA	2
2) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego	6
3) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	7
4) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	8
5) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy	8
6) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	9
12) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej	10
13) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku	11
15) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	12
16) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	14
17) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego	15
18) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego	20
22) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego	25
23) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	26
24) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	27
25) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	28
26) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	29
29) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu	31
30) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	33
31) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego	34
32) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego	38
33) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego	43
34) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia	44
35) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka	50
36) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego	51
37) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	52

38) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu	53
39) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego	54
40) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego	56
41) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	57
42) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego	58
43) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	59
44) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	60
45) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24	68
46) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 Plus	73
47) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów na wypadek urodzenia dziecka wymagającego leczenia	79
48) Wyciąg z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania	81

Wyciąg

z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA INDEKS GOW/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 2) **deklaracja uczestnictwa** – dokument deklaracji uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA, składany przez Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia;
- 3) **dzień wymagalności składki** – 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;
- 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, nagle 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) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia lub sposób zdefiniowania sumy ubezpieczenia;
- 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;
- 15) **składka podstawowa** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;
- 17) **składka dodatkowa** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
- 18) **składka** – kwota stanowiąca sumę składki podstawowej i składek dodatkowych;
- 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;
- 27) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 28) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;

- 29) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 30) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 31) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 33) **poprzednie ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA lub grupowego ubezpieczenia na życie Trafna Decyzja;

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych, co potwierdzane jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
5. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA wyłącznie w ramach jednej podgrupy, chyba że Towarzystwo wyrazi zgodę na objęcie Ubezpieczonego ochroną w ramach więcej niż jednej podgrupy.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Umowa podstawowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
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 roczną polisy złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy podstawowej. W przypadku skorzystania z tego prawa przez którąkolwiek ze stron umowa podstawowa rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 15. rok życia i nie ukończyła wieku określonego w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych, które przewidują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 69. roku życia, nie jest udzielana osobom, których wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia przekracza przewidziany w tych umowach dodatkowych maksymalny wiek Ubezpieczonego skutkujący wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej.
3. Osoba przystępująca do ubezpieczenia może być objęta ochroną ubezpieczeniową po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) udzielenie informacji o swoim stanie zdrowia w zakresie określonym w deklaracji uczestnictwa oraz o wykonywanym zawodzie,
 - 2) podpisanie deklaracji uczestnictwa i przekazanie poprawnie wypełnionej deklaracji uczestnictwa Ubezpieczającemu,
 - 3) opłacenie składki w należnej wysokości.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, która objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub umowy in-

dywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z Towarzystwem.

5. Towarzystwu przysługuje prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby zgłoszonej przez Ubezpieczającego niezgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania podwyższenia składki za danego Ubezpieczonego, obniżenia sumy ubezpieczenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego lub 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 wykazała, że odbiega ono od 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.

§ 10

1. Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem 6-miesięcznej karencji. Karencja liczona jest od daty objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i dotyczy całego zakresu ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Do okresu karencji wynikającego z umowy podstawowej oraz każdej zawartej na rzecz Ubezpieczonego umowy dodatkowej zalicza się okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu w takim samym zakresie w ramach poprzedniego ubezpieczenia, bezpośrednio przed przystąpieniem Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia przez okres co najmniej 6 miesięcy, w stosunku do danej umowy (podstawowej lub dodatkowej) nie stosuje się okresu karencji.
4. Postanowień ust. 2 – 3 powyżej nie stosuje się w przypadku, gdy w związku z przystąpieniem Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia następuje zmiana względem poprzedniego ubezpieczenia polegająca na:
 - 1) podwyższeniu sumy ubezpieczenia, lub
 - 2) rozszerzeniu ochrony ubezpieczeniowej poprzez zawarcie na rzecz Ubezpieczonego nowych umów dodatkowych.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1) powyżej, w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6 miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia lub świadczenia, które byłoby należne na podstawie umowy zawartej w ramach poprzedniego ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 11

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
 - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

- b) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka za danego Ubezpieczonego,
 - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - e) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia,
 - f) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia,
 - g) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, na podstawie odpowiedniej umowy dodatkowej.
3. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, wpłacona składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
 4. W każdym przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych wygasa w tym samym terminie.

Składka

§ 16

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

Zmiana umowy ubezpieczenia i zmiana podgrupy

§ 18

1. 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 należnej za każdego Ubezpieczonego, obowiązującej od najbliższej rocznicy polisy, informując o niej Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni poprzedzających rocznicę polisy.
4. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczony może dokonać zmiany podgrupy. Zmiana podgrupy następuje poprzez złożenie przez Ubezpieczonego stosownego oświadczenia zawartego w deklaracji uczestnictwa, z uwzględnieniem zasad wskazanych poniżej.
5. Warunkiem zmiany podgrupy jest przekazanie Ubezpieczającemu deklaracji uczestnictwa zawierającej informację o zmianie podgrupy przez Ubezpieczonego ze wskazaniem nowej podgrupy wraz z wypełnioną deklaracją stanu zdrowia oraz wykonywanego zawodu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy oraz opłacenie za danego Ubezpieczonego składki należnej za dany okres rozliczeniowy w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym zmiana podgrupy ma wejść w życie.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w zmienionym zakresie, określonym dla danej podgrupy, udzielana jest, począwszy od pierwszego dnia miesiąca polisy następującego bezpośrednio po rocznicy polisy, z zastrzeżeniem ust. 7 – 9.
7. W przypadku, gdy w wyniku zmiany przez Ubezpieczonego podgrupy zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się 6-miesięczny okres karencji.
8. W przypadku, gdy zmiana podgrupy przez Ubezpieczonego wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia

objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6 miesięcy od dnia, w którym zmiana podgrupy weszła w życie, świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia, które byłoby należne Ubezpieczonemu na podstawie umowy ubezpieczenia przed zmianą podgrupy, lub świadczenia należnego po zmianie podgrupy.

9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną w ramach innej podgrupy lub prawo do odmówienia Ubezpieczonemu zgody na zmianę podgrupy, w szczególności gdy ocena ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzona na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa Ubezpieczonego zmieniającego podgrupę wykazała, że odbiega ono od standardowego.

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) 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 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 przestępstwa,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 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) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, w przypadku gdy zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia określone jako spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy.
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.

- 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.
- 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

W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego może odmówić wypłaty świadczenia, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową ubezpieczenia. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

Uposażony

§ 30

- Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie.
- W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony określa procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. Jeżeli jednak Ubezpieczony nie określił procentowego udziału poszczególnych Uposażonych w świadczeniu lub błędnie go wskazał, wówczas przyjmuje się, że udziały poszczególnych Uposażonych w świadczeniu są równe.
- Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała śmierć Ubezpieczonego lub się do niej przyczyniła.
- 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.
- 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.
- Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 31

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia.
- W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo poinformuje Uposażonego pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości, w związku z zajściem tego zdarzenia.
- 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.

- Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 3.
- Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.

§ 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.

Kontynuacja ubezpieczenia

§ 34

- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, Ubezpieczony ma prawo przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie dla osób kontynuujących ubezpieczenie „Optymalny Wybór AXA” w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego z powodu ukończenia przez Ubezpieczonego wieku określonego umową ubezpieczenia.
- O ile spełnione są wszystkie poniższe warunki, prawo Ubezpieczonego do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie dla osób kontynuujących ubezpieczenie „Optymalny Wybór AXA” realizowane jest w formie grupowej umowy ubezpieczenia, zawartej z Towarzystwem na uzgodnionych warunkach, jeżeli:
 - Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA lub grupowego ubezpieczenia na życie Trafna Decyzja, nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; do okresu tego wlicza się również czas udzielanej Ubezpieczonemu ochrony z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym ubezpieczycielem,
 - Ubezpieczony przekazał Towarzystwu popisaną oraz prawidłowo wypełnioną deklarację uczestnictwa do grupowego ubezpieczenia na życie dla osób kontynuujących ubezpieczenie „Optymalny Wybór AXA” w terminie 1 miesiąca od daty zakończenia ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - Towarzystwo może zaakceptować deklarację uczestnictwa złożoną w terminie 6 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczony udzielił informacji o swoim stanie zdrowia w zakresie zawartym w deklaracji uczestnictwa. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, jeśli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa wykazała, że odbiega ono od standardowego,
 - została opłacona została składka w pełnej wysokości na rachunek bankowy Towarzystwa.

Skargi i zażalenia

§ 35

- W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
- Skargi i zażalenia powinny być składane na piśmie w siedzibie Towarzystwa lub przesyłane na adres Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.

3. Skargi i zażalenia rozpatrywane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w powyższym 30-dniowym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym wnoszącego skargę lub zażalenie oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, rozpatrzenie takie stało się możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
5. Niezależnie od powyższego trybu organem uprawnionym do rozpatrzenia skarg na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Właściwość sądowa

§ 36

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwości ogólnej lub przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

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. Towarzystwo odmówi realizacji dyspozycji, jeżeli wniosek lub dokument dyspozycji został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.

4. O ile umowa ubezpieczenia nie wymaga zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczającego będą dostarczane Ubezpieczonemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, 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).

§ 38

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU stosuje się odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 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. oraz nr 1/10/11/2011 z dnia 10 listopada 2011 r.
2. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

INDEKS GOD/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo

znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie dziecka Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku osierocenia dziecka w następstwie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. W przypadku gdy w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku śmierć poniósł Ubezpieczony i druga osoba, której w chwili śmierci przysługiwała władza rodzicielska lub której władza rodzicielska przysługiwała w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletno-

ści, Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku, nad którym oboje sprawowali władzę rodzicielską, dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego powodująca osierocenie dziecka jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 OWU umowy podstawowej.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego powodującej osierocenie dziecka, która nastąpiła w okresie karencji, świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku INDEKS GWU/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

macji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki za danego 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.

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w infor-

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego
INDEKS GWK/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym – motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio wypadkiem komunikacyjnym, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy
INDEKS GPŚ/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomię-

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy wypadek komunikacyjny będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

dzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został

- spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej w zakładzie pracy,
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Uprawnionego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy i śmiercią Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.
4. Do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu umowy dodatkowej niezbędne jest dostarczenie Towarzystwu protokołu powypadkowego sporządzonego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu INDEKS GZU/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo

znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 3) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwienego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej

INDEKS GNU/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zawał serca lub udar mózgu będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, powstałą w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 64. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, wskutek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej, powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego z tytułu umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

3. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy zarobkowej.
4. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) OWU umowy podstawowej, a także jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszcześliwy wypadek będący przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do pracy, zaistniały w okresie karencji, jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą

Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego oraz umowy dodatkowej na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszcześliwego wypadku

INDEKS GWN/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszcześliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, powstałą bezpośrednio w następstwie nieszcześliwego

go wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 64. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, wskutek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego z tytułu umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, powstałej bezpośrednio w następstwie nieszcześliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
3. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy zarobkowej.

- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
- 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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GCP/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - 24 godziny w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
 - 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby Ubezpieczonego, będącej skutkiem powikłań poporodowych.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;
- choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;
- obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą:
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został

spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,

- podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej w zakładzie pracy,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.
- 10) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenia 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

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

- 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 za danego Ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,

- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

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

– 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu.

2. Wypłata świadczenia określonego w ust. 1 pkt 1) lit. c) wyklucza wypłatę świadczenia określonego w ust. 1 pkt 1) lit. b).

§ 11

1. W przypadku gdy ten sam pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany jest zarówno z leczeniem choroby lub porodem oraz z leczeniem obrażeń ciała, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości określonej w § 10 ust. 1 pkt 1) lit. b), a w przypadku gdy obrażenia ciała powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, w wysokości określonej w § 10 ust. 1 pkt 1) lit. c).
2. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

§ 12

1. 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.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu prawa do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 SWU umowy podstawowej, a także jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia 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 Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub położeniem, z wyłączeniem przypadku, o którym mowa w § 2 pkt 2) lit. c),
 - 2) poddanie Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiego uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 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 umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
 - 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego,
 - 7) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów

dotychczasowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWP/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny w celu leczenia doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala;
- 7) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenia 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 uzdrowskiego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w celu leczenia obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

3. 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 01.11.2007.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W związku z pobytom Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu:
 - 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.

§ 10

1. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

§ 11

1. 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.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu prawa do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 12

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 13

- Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
- 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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

INDEKS GCU/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób Ubezpieczonego:
 - zawał serca – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - udar mózgu – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - nowotwór złośliwy – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem

histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- niewydolność nerek – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - łagodny guz mózgu – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne. Wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
 - przeszczep narządów – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
 Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
 - pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - angioplastyka wieńcowa – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zasto-

sowaniem angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;

- i) operacja aorty – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- j) anemia aplastyczna – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - I. przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - II. leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - III. leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - IV. przeszczepianie szpiku kostnego.Rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- k) utrata wzroku w następstwie choroby – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- l) oparzenia – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - I. nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - II. nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - III. nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia.Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- m) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- n) schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - I. wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - II. trwała żółtaczka,
 - III. żylaki przełyku,
 - IV. encefalopatia wrotna.Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
- o) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej

nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;

- p) stwardnienie rozsiane – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
- q) utrata kończyn – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby. W przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - I. w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - II. w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich,
- r) utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem. Rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- s) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- t) choroba Creutzfeldta-Jakoba – choroba Creutzfeldta i Jakoba (CJD), choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie). Warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w ww. czynnościach życia codziennego;
- u) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji – zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), pod warunkiem że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych;
- v) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;

- w) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

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 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.

§ 6

1. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od

daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,

- 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku wystąpienia u 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, a także jeżeli jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 2 pkt 2) lit. u).
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 2) lit. a)–e) i j)–w),
 - 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 2 pkt 2) lit. f)–i).
4. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązani są do zawiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu poważnego zachorowania przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu.

§ 11

1. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu umowy dodatkowej.
2. Katalog poważnych zachorowań pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z wcześniejszym poważnym zachorowaniem został określony poniżej w Tabeli poważnych zachorowań.

Tabela poważnych zachorowań

Wcześniejsze poważne zachorowania

- a) niewydolność nerek
- b) schyłkowa niewydolność wątroby
- c) przeszczep narządów
- d) stwardnienie rozsiane
- e) śpiączka
- f) choroba Parkinsona
- g) choroba Alzheimera
- h) choroba Creutzfeldta-Jakoba
- i) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji

- a) zawał serca
- b) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
- c) angioplastyka wieńcowa
- d) operacja aorty
- e) udar mózgu

- a) nowotwór złośliwy
- b) anemia aplastyczna
- c) łagodny guz mózgu

- a) utrata kończyn

Poważne zachorowania, pozostające w związku przyczynowo-skutkowym, nieobjęte zakresem ubezpieczenia przy drugim i kolejnym poważnym zachorowaniu

- a) niewydolność nerek
- b) schyłkowa niewydolność wątroby
- c) przeszczep narządów
- d) stwardnienie rozsiane
- e) śpiączka
- f) choroba Parkinsona
- g) choroba Alzheimera
- h) choroba Creutzfeldta-Jakoba
- i) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
- j) zawał serca
- k) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
- l) angioplastyka wieńcowa
- m) operacja aorty
- n) udar mózgu
- o) nowotwór złośliwy
- p) anemia aplastyczna
- q) łagodny guz mózgu
- r) utrata kończyn
- s) utrata wzroku w następstwie choroby
- t) oparzenia
- u) utrata mowy
- v) utrata słuchu
- w) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

- a) zawał serca
- b) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
- c) angioplastyka wieńcowa
- d) operacja aorty
- e) udar mózgu
- f) nowotwór złośliwy
- g) anemia aplastyczna
- h) łagodny guz mózgu
- i) utrata kończyn
- j) utrata wzroku w następstwie choroby
- k) oparzenia
- l) utrata mowy
- m) utrata słuchu
- n) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

- a) nowotwór złośliwy
- b) anemia aplastyczna
- c) łagodny guz mózgu
- d) zawał serca
- e) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
- f) angioplastyka wieńcowa
- g) operacja aorty
- h) udar mózgu
- i) utrata kończyn
- j) utrata wzroku w następstwie choroby
- k) oparzenia
- l) utrata mowy
- m) utrata słuchu
- n) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

- a) utrata kończyn

Wcześniejsze poważne zachorowania

- b) utrata wzroku w następstwie choroby
- c) oparzenia
- d) utrata mowy
- e) utrata słuchu
- f) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

Poważne zachorowania, pozostające w związku przyczynowo-skutkowym, nieobjęte zakresem ubezpieczenia przy drugim i kolejnym poważnym zachorowaniu

- b) utrata wzroku w następstwie choroby
- c) oparzenia
- d) utrata mowy
- e) utrata słuchu
- f) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
- g) zawał serca
- h) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
- i) angioplastyka wieńcowa
- j) operacja aorty
- k) udar mózgu
- l) nowotwór złośliwy
- m) anemia aplastyczna
- n) łagodny guz mózgu

§ 12

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiedniej umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, umowy dodatkowej na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów dodatkowych, wynikających z objęcia

ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe**§ 13**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

INDEKS GOM/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne**§ 1**

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **operacja medyczna** – zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWUD;
- 3) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej zakład opieki lecznictwa 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 uzdrowskiego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia**§ 3**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operację medyczną przeprowadzoną u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, spowodowaną:
 - 1) obrażeniami ciała Ubezpieczonego lub
 - 2) chorobą Ubezpieczonegozaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z operacją medyczną spowodowaną chorobą:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z operacją medyczną spowodowaną chorobą:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z operacją medyczną spowodowaną chorobą:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do I klasy operacji medycznych,
 - 2) 75% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do II klasy operacji medycznych,
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do III klasy operacji medycznych,
 - 4) 25% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do IV klasy operacji medycznych,
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do V klasy operacji medycznych zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego oraz umowy dodatkowej na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów dodatkowych, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
3. Niezależnie od liczby operacji medycznych Ubezpieczonego, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu operacji medycznych Ubezpieczonego, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
4. Suma świadczeń wypłacanych na podstawie umowy dodatkowej w danym roku polisy, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie operacji medycznej.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed upływem 30 dni od daty przeprowadzenia operacji medycznej, w związku z którą Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu operacji medycznej Ubezpieczonego.

§ 12

1. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała będące przyczyną operacji medycznej są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli operacja medyczna Ubezpieczonego jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja medyczna związana jest z:
 - 1) chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 2) zabiegami diagnostycznymi,

- 3) leczeniem wad wrodzonych oraz chorób dziedzicznych Ubezpieczonego,
- 4) pobraniem organów i tkanek od Ubezpieczonego jako dawcy,
- 5) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- 6) korektą ostrości wzroku Ubezpieczonego,
- 7) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samodzielnym lub sztucznym,
- 8) chirurgiczną zmianą płci Ubezpieczonego,
- 9) leczeniem niepłodności Ubezpieczonego,
- 10) sterylizacją, podwiązaniem i przecięciem jajowodów oraz anty-koncepcją operacyjną,
- 11) chirurgią szczękową, włączając wszczepienie zębów, i innymi zabiegami stomatologicznymi,
- 12) chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną,
- 13) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
- 14) leczeniem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Tabela operacji medycznych

Rodzaj operacji	Klasa operacji
A UKŁAD NERWOWY	
Centralny układ nerwowy	
A01 Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
A02 Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
A03 Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
A04 Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
A05 Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I
Rdzeń kręgowy	
A06 Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
A07 Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I
Nerwy obwodowe	
A08 Wycięcie nerwu obwodowego	IV
A09 Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV

B UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO. SUTEK

Przysadka i szyszynka

B01 Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	I
B02 Operacje szyszynki	I
Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	
B03 Wycięcie tarczycy	III
B04 Wycięcie grasicy	III
B05 Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	III
Sutek	
B06 Całkowita amputacja sutka	II
B07 Kwadrantektomia	IV

C OKO

Oczodół

C01 Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	III
C02 Wszczepienie protezy oka	IV

Siatkówka

C03 Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	II
C04 Zniszczenie zmiany siatkówki	III

Mięśnie oka

C05 Połączone operacje mięśni oka	III
C06 Wycięcie mięśnia oka	IV
C07 Cofnięcie mięśnia oka	IV

Rogówka

C08 Zeszycie rogówki oka	V
C09 Usunięcie ciała obcego z rogówki	V

Twardówka i tęczówka

C10 Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	IV
C11 Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	III
C12 Wycięcie tęczówki	IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka

C13 Wycięcie ciała rzęskowego	IV
C14 Zewnątrz- lub wewnątrztorbkowe wycięcie soczewki	IV

D UCHO

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe

D01 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
D02 Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	III
D03 Operacje naprawcze błony bębenkowej	III

E UKŁAD ODDECHOWY

Nos

E01 Amputacja (resekcja) nosa	III
-------------------------------	-----

Zatoki przynosowe

E02 Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	IV
---	----

E03	Operacje zatoki czołowej	IV
E04	Operacje zatoki klinowej	IV

Krtani

E05	Wycięcie krtani	II
E06	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	III

Tchawica i drzewo oskrzelowe

E07	Częściowe wycięcie tchawicy	I
E08	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	IV
E09	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	IV

Płuca

E10	Przeszczep płuca	I
E11	Wycięcie płuca lub jego części	I

F JAMA USTNA

F01	Wycięcie języka	III
F02	Wycięcie migdałków podniebiennych	V
F03	Wycięcie ślinianki	IV
F04	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	IV
F05	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki	V

G GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Przełyk

G01	Otwarte operacje żyłaków przełyku	III
-----	-----------------------------------	-----

Żołądek

G02	Całkowite wycięcie żołądka	II
G03	Częściowe wycięcie żołądka	III
G04	Operacje wrzodu żołądka	III
G05	Zespolecie żołądkowo-jelitowe	III

Dwunastnica

G06	Wycięcie dwunastnicy	III
G07	Operacje wrzodu dwunastnicy	III

Jelito czcze

G08	Wycięcie jelita czczego	III
G09	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	III
G10	Zespolecie omijające jelito czcze	III

Jelito kręte

G11	Wycięcie jelita krętego	III
G12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
G13	Zespolecie omijające jelito kręte	III

H DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Wyrostek robaczkowy

H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
-----	---	----

Okreźnica

H02	Całkowite lub częściowe wycięcie okreźnicy	I
-----	--	---

Odbytnica

H03	Wycięcie odbytnicy	I
-----	--------------------	---

I INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ - GŁÓWNIIE UKŁADU POKARMOWEGO

Wątroba

I01	Przeszczep wątroby	I
I02	Częściowe wycięcie wątroby	I

Pęcherzyk żółciowy

I03	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
-----	--------------------------------	----

Trzustka

I04	Przeszczep trzustki	I
I05	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	III

J SERCE

J01	Operacje na otwartym sercu	I
J02	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	I
J03	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	II
J04	Wszczepienie stymulatora	II
J05	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
J06	Drenaż osierdzia	II

Aorta

J07	Operacja tętniakowatego odcinka aorty ze wskazań nagłych	I
J08	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	II

Tętnice mózgowe

J09	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	I
-----	------------------------------------	---

Odgąlenia aorty brzusznej

J10	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	I
-----	-------------------------------------	---

Tętnica biodrowa i tętnica udowa

J11	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
J12	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	II
J13	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
J14	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	III

K UKŁAD MOCZOWY

Nerki

K01	Przeszczep nerki	II
-----	------------------	----

K02	Całkowite wycięcie nerki	II
-----	--------------------------	----

K03	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
-----	---	-----

K04	Otwarta naprawcza operacja nerki	III
-----	----------------------------------	-----

Moczowód

K05	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
-----	---	----

K06	Wycięcie moczowodu	III
-----	--------------------	-----

K07	Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
-----	------------------------------------	----

K08	Operacja naprawcza moczowodu	III
-----	------------------------------	-----

K09	Operacja ujścia moczowodu	IV
-----	---------------------------	----

Pęcherz moczowy

K10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
-----	---	-----

K11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
-----	---	----

Gruczoł krokowy (prostata)

K12	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
-----	-------------------------------------	-----

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego

K13	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzusznego i/lub przezpochwowego u kobiet	III
-----	--	-----

K14	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
-----	--	----

K15	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
-----	---	-----

Cewka moczowa

K16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
-----	--	----

K17	Operacje ujścia cewki moczowej	V
-----	--------------------------------	---

L MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Jądra

L01	Obustronne wycięcie jąder	IV
-----	---------------------------	----

L02	Obustronna implantacja jąder do moszny	III
-----	--	-----

L03	Proteza jądra	IV
-----	---------------	----

Powróżek nasienny

L04	Operacje najądrza	IV
-----	-------------------	----

L05	Wycięcia nasieniowodu	V
-----	-----------------------	---

L06	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	IV
-----	--------------------------------------	----

Prącie

L07	Amputacja prącia	IV
-----	------------------	----

L08	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	V
-----	----------------------------------	---

L09	Proteza prącia	IV
-----	----------------	----

L10	Operacja plastyczna prącia	IV
-----	----------------------------	----

Ł ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Pochwa

Ł01	Wycięcie pochwy	V
-----	-----------------	---

Ł02	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	IV
-----	---	----

Macica

Ł04	Amputacja szyjki macicy	IV
-----	-------------------------	----

Ł05	Wycięcie macicy z dostępu brzusznego lub przezpochwowego	III
-----	--	-----

Jajowód

Ł06	Obustronne wycięcie przydatków macicy	III
-----	---------------------------------------	-----

Ł07	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	IV
-----	---	----

Ł08	Częściowe wycięcie jajowodu	V
-----	-----------------------------	---

Jajnik

Ł09	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	IV
-----	--	----

Ł10	Częściowe wycięcie jajnika	V
-----	----------------------------	---

M TKANKI MIĘKKIE

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona

M01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	III
-----	---	-----

M02	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
-----	--	----

Ściana brzucha

M03	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
-----	---	----

M04	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	IV
-----	--	----

M05	Pierwotna operacja przepukliny udowej	III
-----	---------------------------------------	-----

M06	Operacja przepukliny pępkowej	IV
-----	-------------------------------	----

M07	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	III
-----	---------------------------------------	-----

Ścięgna

M08	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
-----	--------------------------------------	----

M09	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
-----	-----------------------------------	----

M10	Zmiana długości ścięgna	V
-----	-------------------------	---

Mięśnie

M12	Operacja naprawcza mięśnia	III
-----	----------------------------	-----

M13	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
-----	-------------------------------	----

Więzadła

M14	Rekonstrukcja więzadeł stawu kolanowego	IV
-----	---	----

N KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA

Kości i stawy czaszki i twarzy

N01	Otwarcie czaszki	I
-----	------------------	---

N02	Nastawienie złamania szczęki	III
-----	------------------------------	-----

N03	Nastawienie złamania żuchwy	IV
-----	-----------------------------	----

N04	Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
-----	---	----

N05	Stabilizacja żuchwy	IV
-----	---------------------	----

Kości i stawy kręgosłupa		
N06	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	I
N07	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu – jednego lub więcej	II
N08	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	II
N09	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	I
N10	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	II
N11	Odbarczenie złamania kręgosłupa	II
N12	Stabilizacja złamania kręgosłupa	II

O INNE KOŚCI I STAWY

Złamania kości		
001	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	III
002	Operacyjne leczenie prostego złamania kości:	
002.1	podudzia	IV
002.2	łokotki	IV

002.3	uda, łokotki	IV
003	Przedramienia – kość łokciowa i promieniowa	IV
003.1	Ramienia	IV
003.2	Obręczy barkowej	IV
Amputacje		
004	Amputacja w zakresie ramienia	III
005	Amputacja ręki	IV
006	Amputacja nogi	III
007	Amputacja stopy	IV
008	Amputacja palucha	IV

P OPERACJE NA STAWACH

P01	Wycięcie, umocowanie, wyłuszczenie w stawie:	
P01.1	łokciowym, nadgarstka, skokowym	IV
P01.2	barkowym, biodrowym, kolanowym	III
P01.3	osteotomia	III

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego

INDEKS GSWP/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć współmałżonka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) OWU umowy

podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

3. W przypadku śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie karencji, świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci współmałżonka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GSWPW/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć współmałżonka Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci współmałżonka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią współmałżonka.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 SWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GSWPZ/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 5) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć współmałżonka Ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu, zaistniałym

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy zawał serca lub udar mózgu, będący przyczyną śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, 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.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GUWP/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku 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;
- 4) **uszczerbek** – trwale naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej odpowiada łącznie 100% uszczerbku na zdrowiu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% inwalidztwa a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
5. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 4, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
6. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy nieszczęśliwy wypadek, powodujący uszczerbek na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 SWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków, mającą zastosowanie w umowie dodatkowej, obowiązującą w Towarzystwie. Tabela uszczerbków dostępna jest do wglądu w siedzibie Towarzystwa.
2. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
3. W przypadku powstania uszczerbku na zdrowiu w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu, wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez współmałżonka Ubezpieczonego.

Warianty ochrony ubezpieczeniowej

Wariant	Procent sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu
1	1%
2	2%
3	4%

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
INDEKS UWPZ/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **uszczerbek** – trwale naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu;
- 5) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu ma-

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. 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 01.11.2007.

gnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;

- 6) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi; z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, powstały bezpośrednio w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, powstałego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że uszczerbek nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym zawałem serca lub udarem mózgu nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
4. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku, a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
5. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy zawał serca lub udar mózgu, powodujący uszczerbek na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, 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.

§ 10

1. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie badań medycznych, przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
3. Ustalenie procentu uszczerbku na zdrowiu następuje nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca i nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty wystąpienia udaru mózgu.
4. W przypadku powstania uszczerbku na zdrowiu w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez współmałżonka Ubezpieczonego.

§ 11

1. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, a w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu nastąpi śmierć współmałżonka Ubezpieczonego będąca następstwem tego samego zawału serca lub tego samego udaru mózgu, wówczas wypłacone świadczenie z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego zawału serca lub udaru mózgu, nie może przekroczyć

maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

3. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 2, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiedniej umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego zawału serca lub udaru mózgu, nie może przekroczyć maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Warianty ochrony ubezpieczeniowej

Wariant	Procent sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu
1	1%
2	2%
3	4%

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Tabela uszczerbków

Zawał serca	Procent uszczerbku*
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego bez zmian w zapisie EKG, bez zaburzeń rytmu i cech niewydolności krążenia	10%
Cechy przebytego zawału mięśnia sercowego w zapisie EKG, bez zaburzeń rytmu i cech niewydolności krążenia	15%
Cechy niewydolności krążenia I lub II stopnia według NYHA, jako późne następstwo przebytego zawału mięśnia sercowego	25–50%
Cechy niewydolności krążenia III lub IV stopnia według NYHA, jako późne następstwo przebytego zawału mięśnia sercowego	50–100%

Udar mózgu

W stosunku do następstw udaru mózgu, jako kryterium określenia wysokości procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosuje się zdolność chorego do samodzielnej egzystencji w zależności od obecności i nasilenia objawów i ubytków neurologicznych

* Określenie wysokości procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu po przebytych zawałach i udarach mózgu odbywa się zawsze w oparciu o wyniki badań specjalistycznych oraz bezpośrednie badanie przez lekarza orzecznika wskazanego przez Towarzystwo.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GPWW/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w okresie pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 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) 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
 - c) 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby współmałżonka Ubezpieczonego, będącej skutkiem powikłań poporodowych.

W rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia współmałżonka Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania współmałżonka Ubezpieczonego ze szpitala;

- 4) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu współmałżonka Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju współmałżonka Ubezpieczonego;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów współmałżonka Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 10) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenia 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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6

miesiący od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W związku z pobytem współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:

- 1) w przypadku pobytu w szpitalu:
 - a) w celu leczenia choroby lub w związku z porodem:
 - 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - b) w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu.

§ 11

1. W przypadku gdy ten sam pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu związany jest zarówno z leczeniem choroby lub porodem oraz z leczeniem obrażeń ciała, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości określonej w § 10 ust. 1 pkt 1) lit. b).
2. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

§ 12

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego 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 współmałżonka Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy choroba lub obrażenia ciała, które są przyczyną

pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 SWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia współmałżonka 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 współmałżonka Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub porogiem, z wyłączeniem przypadku, o którym mowa w § 2 pkt 3) lit. c),
 - 2) poddanie współmałżonka Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ współmałżonek Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 3) wykonanie współmałżonkowi Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 4) wykonanie współmałżonkowi Ubezpieczonego zabiegów rehabilitacyjnych,
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 7) leczenie wad wrodzonych współmałżonka Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. 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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GPWP/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w okresie pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia współmałżonka Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania współmałżonka Ubezpieczonego ze szpitala;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów współmałżonka Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 10) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa 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 uzdrowskiego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w celu leczenia obrażeń ciała, powstałych bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W związku z pobytym współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu:
 - 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.

§ 10

1. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

§ 11

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego 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 współmałżonka Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 12

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. 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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego
INDEKS GCWP/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie wystąpienia poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób współmałżonka Ubezpieczonego:
 - a) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody przejściowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - b) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - I. rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - II. wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - III. czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - IV. nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawonokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - V. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - d) niewydolność nerek – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - e) łagodny guz mózgu – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny. Wy-

kluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;

- f) **przeszczep narządów** – przeszczepienie współmałżonkowi Ubezpieczonego jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie współmałżonka Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - I. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - II. szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- g) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- h) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- i) **operacja aorty** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- j) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - I. przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - II. leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - III. leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - IV. przeszczepianie szpiku kostnego.

Rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- k) **utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- l) **oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - I. nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - II. nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - III. nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia.

Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regulę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;

- m) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby faldów głosowych. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- n) schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - I. wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - II. trwała żółtaczka,
 - III. żylaki przełyku,
 - IV. encefalopatia wrotna.
 Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
- o) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
- p) stwardnienie rozsiane – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
- q) utrata kończyn – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby. W przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - I. w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - II. w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich,
- r) utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem. Rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- s) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca nieumiejętnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- t) choroba Creutzfeldta-Jakoba – choroba Creutzfeldta i Jakoba (CJD), choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia współmałżonka Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca nieumiejętnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta,

ubieranie się, jedzenie). Warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w ww. czynnościach życia codziennego;

- u) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji – zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), pod warunkiem że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych;
- v) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- w) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

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 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.

§ 6

1. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,

2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że współmałżonek Ubezpieczonego pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 4) lit. a)–e) i j)–w),
 - 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 2 pkt 4) lit. f)–i).
4. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązani są do zawiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu poważnego zachorowania przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu.
6. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiedniej umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą współmałżonka Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
7. Z dniem ukończenia przez współmałżonka Ubezpieczonego 55. roku życia Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia następujących poważnych zachorowań: niewydolność nerek, przeszczep narządów, oparzenia, utrata mowy, śpiączka, utrata kończyn, choroba Parkinsona, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, choroba Alzheimerera, zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku wystąpienia u współmałżonka 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 samookaleczenia lub okaleczenia współmałżonka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia współmałżonka Ubezpieczonego wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 2 pkt 4) lit. u).

§ 11

1. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z wcześniej rozpoznany poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu umowy dodatkowej.
2. Katalog poważnych zachorowań pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z wcześniejszym poważnym zachorowaniem został określony poniżej, w Tabeli poważnych zachorowań.

Tabela poważnych zachorowań

Wcześniejsze poważne zachorowania

- | | |
|----|---|
| a) | niewydolność nerek |
| b) | schyłkowa niewydolność wątroby |
| c) | przeszczep narządów |
| d) | stwardnienie rozsiane |
| e) | śpiączka |
| f) | choroba Parkinsona |
| g) | choroba Alzheimerera |
| h) | choroba Creutzfeldta-Jakoba |
| i) | zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji |

Poważne zachorowania, pozostające w związku przyczynowo-skutkowym, nieobjęte zakresem ubezpieczenia przy drugim i kolejnym poważnym zachorowaniu

- | | |
|----|---|
| a) | niewydolność nerek |
| b) | schyłkowa niewydolność wątroby |
| c) | przeszczep narządów |
| d) | stwardnienie rozsiane |
| e) | śpiączka |
| f) | choroba Parkinsona |
| g) | choroba Alzheimerera |
| h) | choroba Creutzfeldta-Jakoba |
| i) | zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji |
| j) | zawał serca |
| k) | pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych |
| l) | angioplastyka wieńcowa |
| m) | operacja aorty |
| n) | udar mózgu |
| o) | nowotwór złośliwy |
| p) | anemia aplastyczna |

Wcześniejsze poważne zachorowania

-
- a) zawał serca
 - b) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
 - c) angioplastyka wieńcowa
 - d) operacja aorty
 - e) udar mózgu

-
- a) nowotwór złośliwy
 - b) anemia aplastyczna
 - c) łagodny guz mózgu

-
- a) utrata kończyn
 - b) utrata wzroku w następstwie choroby
 - c) oparzenia
 - d) utrata mowy
 - e) utrata słuchu
 - f) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

Poważne zachorowania, pozostające w związku przyczynowo-skutkowym, nieobjęte zakresem ubezpieczenia przy drugim i kolejnym poważnym zachorowaniu

-
- q) łagodny guz mózgu
 - r) utrata kończyn
 - s) utrata wzroku w następstwie choroby
 - t) oparzenia
 - u) utrata mowy
 - v) utrata słuchu
 - w) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

-
- a) zawał serca
 - b) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
 - c) angioplastyka wieńcowa
 - d) operacja aorty
 - e) udar mózgu
 - f) nowotwór złośliwy
 - g) anemia aplastyczna
 - h) łagodny guz mózgu
 - i) utrata kończyn
 - j) utrata wzroku w następstwie choroby
 - k) oparzenia
 - l) utrata mowy
 - m) utrata słuchu
 - n) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

-
- a) nowotwór złośliwy
 - b) anemia aplastyczna
 - c) łagodny guz mózgu
 - d) zawał serca
 - e) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
 - f) angioplastyka wieńcowa
 - g) operacja aorty
 - h) udar mózgu
 - i) utrata kończyn
 - j) utrata wzroku w następstwie choroby
 - k) oparzenia
 - l) utrata mowy
 - m) utrata słuchu
 - n) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych

-
- a) utrata kończyn
 - b) utrata wzroku w następstwie choroby
 - c) oparzenia
 - d) utrata mowy
 - e) utrata słuchu
 - f) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
 - g) zawał serca
 - h) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych
 - i) angioplastyka wieńcowa
 - j) operacja aorty
 - k) udar mózgu
 - l) nowotwór złośliwy
 - m) anemia aplastyczna
 - n) łagodny guz mózgu

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

2. Niniejsze SWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego
INDEKS GOMW/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie przeprowadzenia u niej operacji medycznej pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **operacja medyczna** – zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWUD;
- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów współmałżonka Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej zakład opieki lecznictwa 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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operację medyczną przeprowadzoną u współmałżonka Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, spowodowaną:
 - 1) obrażeniami ciała współmałżonka Ubezpieczonego lub
 - 2) chorobą współmałżonka Ubezpieczonego zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z operacją medyczną spowodowaną chorobą:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
2. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z operacją medyczną spowodowaną chorobą:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z operacją medyczną spowodowaną chorobą:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do I klasy operacji medycznych,
 - 2) 75% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do II klasy operacji medycznych,

- 3) 50% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do III klasy operacji medycznych,
 - 4) 25% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do IV klasy operacji medycznych,
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do V klasy operacji medycznych zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów dodatkowych, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą współmałżonka Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
 3. Niezależnie od liczby operacji medycznych współmałżonka Ubezpieczonego, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu operacji medycznych współmałżonka Ubezpieczonego, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
 4. Suma świadczeń wypłacanych na podstawie umowy dodatkowej w danym roku polisy, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie przysługuje, jeżeli współmałżonek Ubezpieczonego zmarł w trakcie operacji medycznej.
2. Jeżeli współmałżonek Ubezpieczonego zmarł przed upływem 30 dni od daty przeprowadzenia operacji medycznej, w związku z którą Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego.

§ 12

1. W celu ustalenia prawa do świadczenia, w uzasadnionych przypadkach, Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania współmałżonka Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy choroba lub obrażenia ciała, będące przyczyną operacji medycznej, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem posta-

nowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli operacja medyczna współmałżonka Ubezpieczonego jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia współmałżonka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.

3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja medyczna związana jest z:
 - 1) chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi u współmałżonka przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 2) zabiegami diagnostycznymi u współmałżonka,
 - 3) leczeniem wad wrodzonych oraz chorób dziedzicznych współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 4) pobraniem organów i tkanek od współmałżonka Ubezpieczonego jako dawcy,
 - 5) poddaniem się przez współmałżonka Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ współmałżonek Ubezpieczonego w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 6) korektą ostrości wzroku współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 7) poddaniem się przez współmałżonka Ubezpieczonego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samodzielnym lub sztucznym,
 - 8) chirurgiczną zmianą płci współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 9) leczeniem niepłodności współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 10) sterylizacją, podwiązaniem i przecięciem jajowodów oraz antykoncepcją operacyjną u współmałżonka,
 - 11) chirurgią szczękową, włączając wszczepienie zębów, i innymi zabiegami stomatologicznymi u współmałżonka,
 - 12) chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną u współmałżonka,
 - 13) poddaniem się przez współmałżonka Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 14) leczeniem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV współmałżonka Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Tabela operacji medycznych

Rodzaj operacji	Klasa operacji
A UKŁAD NERWOWY	
Centralny układ nerwowy	
A01 Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
A02 Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
A03 Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
A04 Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
A05 Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I
Rdzeń kręgowy	

A06 Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
A07 Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I
Nerwy obwodowe	
A08 Wycięcie nerwu obwodowego	IV
A09 Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV
B UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO. SUTEK	
Przysadka i szyszynka	
B01 Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	I
B02 Operacje szyszynki	I
Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	
B03 Wycięcie tarczycy	III

B04 Wycięcie grasicy III

B05 Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy III

Sutek

B06 Całkowita amputacja sutka II

B07 Kwadrantektomia IV

C OKO

Oczodół

C01 Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja III

C02 Wszczepienie protezy oka IV

Siatkówka

C03 Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją II

C04 Zniszczenie zmiany siatkówki III

Mięśnie oka

C05 Połączone operacje mięśni oka III

C06 Wycięcie mięśnia oka IV

C07 Cofnięcie mięśnia oka IV

Rogówka

C08 Zeszycie rogówki oka V

C09 Usunięcie ciała obcego z rogówki V

Twardówka i tęczęwka

C10 Wycięcie zmiany w obrębie twardówki IV

C11 Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem III

C12 Wycięcie tęczęwki IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka

C13 Wycięcie ciała rzęskowego IV

C14 Zewnątrz- lub wewnątrztorbkowe wycięcie soczewki IV

D UCHO

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe

D01 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych II

D02 Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego III

D03 Operacje naprawcze błony bębenkowej III

E UKŁAD ODDECHOWY

Nos

E01 Amputacja (resekcja) nosa III

Zatoki przynosowe

E02 Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego IV

E03 Operacje zatoki czołowej IV

E04 Operacje zatoki klinowej IV

Krtani

E05 Wycięcie krtani II

E06 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani III

Tchawica i drzewo oskrzelowe

E07 Częściowe wycięcie tchawicy I

E08 Wyłonienie tchawicy (tracheostomia) IV

E09 Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych IV

Płuca

E10 Przeszczep płuca I

E11 Wycięcie płuca lub jego części I

F JAMA USTNA

F01 Wycięcie języka III

F02 Wycięcie migdałków podniebiennych V

F03 Wycięcie ślinianki IV

F04 Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki IV

F05 Usunięcie kamienia ze światła ślinianki V

G GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Przełyk

G01 Otwarte operacje żyłaków przełyku III

Żołądek

G02 Całkowite wycięcie żołądka II

G03 Częściowe wycięcie żołądka III

G04 Operacje wrzodu żołądka III

G05 Zespolenie żołądkowo-jelitowe III

Dwunastnica

G06 Wycięcie dwunastnicy III

G07 Operacje wrzodu dwunastnicy III

Jelito czcze

G08 Wycięcie jelita czczego III

G09 Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia) III

G10 Zespolenie omijające jelito czcze III

Jelito kręte

G11 Wycięcie jelita krętego III

G12 Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia) III

G13 Zespolenie omijające jelito kręte III

H DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Wyrostek robaczkowy

H01 Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych IV

Okreźnica

H02 Całkowite lub częściowe wycięcie okreźnicy I

Odbytnica

H03 Wycięcie odbytnicy I

I INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ – GŁÓWNIIE UKŁADU POKARMOWEGO

Wątroba		
I01	Przeszczep wątroby	I
I02	Częściowe wycięcie wątroby	I
Pęcherzyk żółciowy		
I03	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
Trzustka		
I04	Przeszczep trzustki	I
I05	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	III
J SERCE		
J01	Operacje na otwartym sercu	I
J02	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	I
J03	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	II
J04	Wszczepienie stymulatora	II
J05	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
J06	Drenaż osierdzia	II
Aorta		
J07	Operacja tętniakowatego odcinka aorty ze wskazań nagłych	I
J08	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	II
Tętnice mózgowie		
J09	Operacje tętniaka tętnicy mózkowej	I
Odgałęzienia aorty brzusznej		
J10	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	I
Tętnica biodrowa i tętnica udowa		
J11	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
J12	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	II
J13	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
J14	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	III
K UKŁAD MOCZOWY		
Nerki		
K01	Przeszczep nerki	II
K02	Całkowite wycięcie nerki	II
K03	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
K04	Otwarta naprawcza operacja nerki	III
Moczowód		
K05	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
K06	Wycięcie moczowodu	III

K07	Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
K08	Operacja naprawcza moczowodu	III
K09	Operacja ujścia moczowodu	IV
Pęcherz moczowy		
K10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
K11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Gruczoł krokowy (prostata)		
K12	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego		
K13	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzuszego i/lub przezpochwowego u kobiet	III
K14	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
K15	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
Cewka moczowa		
K16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
K17	Operacje ujścia cewki moczowej	V
L MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE		
Jądra		
L01	Obustronne wycięcie jąder	IV
L02	Obustronna implantacja jąder do moszny	III
L03	Proteza jądra	IV
Powróżek nasienny		
L04	Operacje najądrza	IV
L05	Wycięcia nasieniowodu	V
L06	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	IV
Prącie		
L07	Amputacja prącia	IV
L08	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	V
L09	Proteza prącia	IV
L10	Operacja plastyczna prącia	IV
Ł ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE		
Pochwa		
Ł01	Wycięcie pochwy	V
Ł02	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	IV
Macica		
Ł04	Amputacja szyjki macicy	IV
Ł05	Wycięcie macicy z dostępu brzuszego lub przezpochwowego	III
Jajowód		
Ł06	Obustronne wycięcie przydatków macicy	III
Ł07	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	IV

Ł08	Częściowe wycięcie jajowodu	V
-----	-----------------------------	---

Jajnik

Ł09	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	IV
-----	--	----

Ł10	Częściowe wycięcie jajnika	V
-----	----------------------------	---

M TKANKI MIĘKKIE**Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona**

M01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	III
-----	---	-----

M02	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
-----	--	----

Ściana brzucha

M03	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
-----	---	----

M04	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	IV
-----	--	----

M05	Pierwotna operacja przepukliny udowej	III
-----	---------------------------------------	-----

M06	Operacja przepukliny pępkowej	IV
-----	-------------------------------	----

M07	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	III
-----	---------------------------------------	-----

Ścięgna

M08	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
-----	--------------------------------------	----

M09	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
-----	-----------------------------------	----

M10	Zmiana długości ścięgna	V
-----	-------------------------	---

Mięśnie

M12	Operacja naprawcza mięśnia	III
-----	----------------------------	-----

M13	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
-----	-------------------------------	----

Więzadła

M14	Rekonstrukcja więzadeł stawu kolanowego	IV
-----	---	----

N KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA**Kości i stawy czaszki i twarzy**

N01	Otwarcie czaszki	I
-----	------------------	---

N02	Nastawienie złamania szczęki	III
-----	------------------------------	-----

N03	Nastawienie złamania żuchwy	IV
-----	-----------------------------	----

N04	Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
-----	---	----

N05	Stabilizacja żuchwy	IV
-----	---------------------	----

Kości i stawy kręgosłupa

N06	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	I
-----	--	---

N07	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu – jednego lub więcej	II
-----	---	----

N08	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	II
-----	--	----

N09	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	I
-----	---	---

N10	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	II
-----	---	----

N11	Odbarczenie złamania kręgosłupa	II
-----	---------------------------------	----

N12	Stabilizacja złamania kręgosłupa	II
-----	----------------------------------	----

O INNE KOŚCI I STAWY**Złamania kości**

001	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	III
-----	---	-----

002	Operacyjne leczenie prostego złamania kości:	
002.1	podudzia	IV

002.2	łokotki	IV
-------	---------	----

002.3	uda, łokotki	IV
-------	--------------	----

003	Przedramienia – kość łokciowa i promieniowa	IV
-----	---	----

003.1	Ramienia	IV
-------	----------	----

003.2	Obręczy barkowej	IV
-------	------------------	----

Amputacje

004	Amputacja w zakresie ramienia	III
-----	-------------------------------	-----

005	Amputacja ręki	IV
-----	----------------	----

006	Amputacja nogi	III
-----	----------------	-----

007	Amputacja stopy	IV
-----	-----------------	----

008	Amputacja palucha	IV
-----	-------------------	----

P OPERACJE NA STAWACH

P01	Wycięcie, umocowanie, wyłuszczenie w stawie:	
-----	--	--

P01.1	łokciowym, nadgarstka, skokowym	IV
-------	---------------------------------	----

P01.2	barkowym, biodrowym, kolanowym	III
-------	--------------------------------	-----

P01.3	osteotomia	III
-------	------------	-----

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego

INDEKS GUD/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne**§ 1**

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **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.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy urodzenie się dziecka Ubezpieczo-

nego nastąpiło w okresie pierwszych 10 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4 poniżej.

2. Postanowienia ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy bezpośrednio przed zawarciem umowy dodatkowej Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej przez okres co najmniej 10 miesięcy.
3. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej w ramach poprzedniego ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 10 miesięcy od dnia zawarcia umowy dodatkowej świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia należnego na podstawie umowy dodatkowej lub świadczenia, które byłoby należne na podstawie umowy dodatkowej zawartej w ramach poprzedniego ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy zmiana podgrupy przez Ubezpieczonego wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 10 miesięcy od dnia wejścia w życie zmiany podgrupy świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia, które byłoby należne Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej przed zmianą podgrupy, lub świadczenia należnego po zmianie podgrupy.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia

INDEKS GUDL/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia, zwane dalej OWUD,

mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka, które:

- a) przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar,
 - b) przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;
- przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 3) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wymienione w Katalogu wad wrodzonych wady rozwojowe istniejące w chwili urodzenia żywego noworodka oraz takie, które ujawniły się do końca 1. roku życia dziecka;
 - 4) **wcześnieśnik** – żywy noworodek, który urodził się porodem siłami natury lub operacyjnym przed 36. tygodniem ciąży, z wagą poniżej 2500 g. Poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka wymagającego leczenia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się dziecka wymagającego leczenia w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy urodzenie się dziecka wymagającego leczenia:
 - 1) nastąpiło w okresie pierwszych 10 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4 poniżej,
 - 2) jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.
2. Postanowienia ust. 1 pkt 1) nie stosuje się, w przypadku gdy bezpośrednio przed zawarciem umowy dodatkowej Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej przez okres co najmniej 10 miesięcy.
3. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej

w ramach poprzedniego ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 10 miesięcy od dnia zawarcia umowy dodatkowej świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia należnego na podstawie umowy dodatkowej lub świadczenia, które byłoby należne na podstawie umowy dodatkowej zawartej w ramach poprzedniego ubezpieczenia.

4. W przypadku, gdy zmiana przez Ubezpieczonego podgrupy wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 10 miesięcy od dnia wejścia w życie zmiany podgrupy świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia, które byłoby należne Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej przed zmianą podgrupy, lub świadczenia należnego po zmianie podgrupy.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, w przypadku urodzenia się dziecka wymagającego leczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. W przypadku urodzenia się dziecka wymagającego leczenia, które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 150% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

1. Jeżeli dziecko wymagające leczenia urodziło się z wadą wrodzoną, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że:
 - 1) wada wrodzona nie powstała w wyniku choroby lub urazów okołoporodowych,
 - 2) noworodek przeżył co najmniej 30 dni od daty urodzenia,
 - 3) istnienie wady wrodzonej zostało potwierdzone odpowiednimi wynikami badań biochemicznych lub obrazowych,
 - 4) wykrycie wady wrodzonej nastąpiło po upływie 3 miesięcy nieprzerwanie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli dziecko wymagające leczenia urodziło się jako wcześniak, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że noworodek żył przynajmniej 2 tygodnie od dnia porodu.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. 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 01.11.2007.

Katalog wad wrodzonych

Lokalizacja	Typ wady
Układ nerwowy	wodogłowie wrodzone, nieokreślone
	rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszczep kręgosłupa piersiowego ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszczep kręgosłupa krzyżowego ze współistniejącym wodogłowiem
	nieokreślony rozszczep kręgosłupa ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszczep kręgosłupa szyjnego bez wodogłowia
	rozszczep kręgosłupa piersiowego bez wodogłowia
	rozszczep kręgosłupa lędźwiowego bez wodogłowia
	rozszczep kręgosłupa krzyżowego bez wodogłowia
	rozszczep kręgosłupa, nieokreślony
	wodordzenie
	Okno, ucho, twarz i szyja
bezocze, małocze i wielkocze	
wrodzona zaćma	
szczelina tęczówki	
brak tęczówki	
inne wady wrodzone rogówki	
wrodzone zmętnienie rogówki	
wady wrodzone siatkówki	
wady wrodzone naczyńówki	
inne wady wrodzone tylnego odcinka oka	
wady wrodzone tylnego odcinka oka nieokreślone	
jaskra wrodzona	
wady ucha powodujące upośledzenie słuchu	
duża szpara ustna (makrostomia)	
Serce	wspólny pień tętniczy
	odejście obu dużych naczyń z prawej komory
	odejście obu dużych naczyń z lewej komory
	nieprawidłowe połączenia komorowo-tętnicze
	odejście obu dużych naczyń serca z jednej komory
Lokalizacja	Typ wady
	nieprawidłowe połączenie przedsionkowo-komorowe
	inne wady wrodzone jam i połączeń sercowych
	tetralogia Fallota
	wady wrodzone przegród serca
	zarośnięcie zastawki pnia płucnego
	wrodzone zwężenie zastawki pnia płucnego
	wrodzona niedomykalność zastawki pnia płucnego
inne wady wrodzone zastawki pnia płucnego	

	wrodzone zwężenie zastawki trójdzielnej
	choroba Ebsteina
	zespół niedorozwoju prawej części serca
	inne wady wrodzone zastawki trójdzielnej
	wrodzone zwężenie ujścia tętniczego lewego
	wrodzona niedomykalność zastawki aorty
Serce	wrodzone zwężenie zastawki dwudzielnej
	wrodzona niedomykalność zastawki dwudzielnej
	zespół niedorozwoju lewej części serca
	wrodzona wada zastawki: aorty i dwudzielnej, nieokreślona
	serce trójprzedsionkowe
	wada rozwojowa naczyń wieńcowych
	wrodzony blok serca
	drożny przewód tętniczy
	zwężenie cieśni aorty
	zarośnięcie aorty
	zwężenie aorty
	zarośnięcie pnia płucnego
	zwężenie pnia płucnego
	wrodzone zwężenie żyły głównej
Układ oddechowy	zarośnięcie nozdrzy
	agenezja lub niedorozwój nosa
	inne wady wrodzone nosa
	niedorozwój krtani
	inne wady wrodzone krtani
	wrodzone rozmiękanie tchawicy
	wady wrodzone tchawicy
	wady wrodzone oskrzeli
	wrodzona torbielowatość płuc
	niewytworzenie płuca
	niedorozwój lub dysplazja płuca
	inne wady wrodzone płuc
Wargi i/lub podniebienie	rozszczip podniebienia twardego, obustronny
	rozszczip podniebienia twardego, jednostronny
Lokalizacja	Typ wady
	rozszczip podniebienia miękkiego, obustronny
	rozszczip podniebienia miękkiego, jednostronny
	rozszczip podniebienia twardego i miękkiego, obustronny
	rozszczip podniebienia twardego i miękkiego, jednostronny
	rozszczip podniebienia pośrodkowy
	rozszczip podniebienia nieokreślony, jednostronny
	rozszczip podniebienia twardego wraz z rozszczipem wargi, obustronny
	rozszczip podniebienia twardego wraz z rozszczipem wargi, jednostronny

	rozszczep podniebienia miękkiego wraz z rozszczepem wargi, obustronny
	rozszczep podniebienia miękkiego wraz z rozszczepem wargi, jednostronny
	rozszczep podniebienia miękkiego, twardego i wargi, obustronny
	rozszczep podniebienia miękkiego, twardego i wargi, jednostronny
	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi nieokreślony, obustronny
	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi nieokreślony, jednostronny
Przewód pokarmowy	język olbrzymi
	zarośnięcie przełyku bez przetoki
	zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową
	wrodzona przetoka tchawiczo-przełykowa bez zarośnięcia
	wrodzone przerostowe zwężenie odźwiernika
	wrodzona przepuklina rozworu przełykowego przepony
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy
	wrodzony brak, zarośnięcie lub niedorozwój jelita czczego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub niedorozwój jelita krętego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie nieokreślonej części jelita cienkiego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie innych części jelita grubego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytnicy z przetoką
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytnicy bez przetoki
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytu z przetoką
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytu bez przetoki
	choroba Hirschsprunga
	odbyt przemieszczony
	wrodzona przetoka odbytnicy i odbytu
	przetwały stek (kloaka)
	torbiel przewodu żółciowego wspólnego
	torbielowatość wątroby
	trzustka pierścieniowata
Narządy płciowe	macica jednoróżna
	wrodzona przetoka odbytniczo-pochwowa
	wady wrodzone lechtaczki
	wady wrodzone sromu
	spodzieństwo prąciowe
	spodzieństwo prąciowo-mosznowe
Lokalizacja	Typ wady
	spodzieństwo kroczone
	brak lub agenezja jądra
	niedorozwój jąder i moszny
	wrodzony brak lub aplazja prącia
	obojnactwo rzekome żeńskie, niesklasyfikowane gdzie indziej
Układ moczowy	agenezja nerki, jednostronna
	agenezja nerki, obustronna
	agenezja nerki, nieokreślona

	niedorozwój nerki, jednostronny
	niedorozwój nerki, obustronny
	niedorozwój nerki, nieokreślony
	wielotorbielowatość nerek, typu dziecięcego
	dysplazja nerek
	wodonercze wrodzone
	zarośnięcie lub zwężenie moczowodu
	wrodzony moczowód olbrzymi (poszerzenie moczowodu)
	niewykształcenie moczowodu (brak)
	zdwojenie moczowodu
	wrodzony odpływ pęcherzowo-moczowodowo-nerkowy
	nerka przemieszczona (ektopiczna)
	nerka olbrzymia lub hyperplastyczna
	wierzchniactwo
	wynicowanie pęcherza moczowego
	wrodzona zastawka cewki tylnej
	wada rozwojowa przewodu omoczeniowego
	wrodzony brak pęcherza lub cewki moczowej
Układ mięśniowo-szkieletowy	wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, jednostronne
	wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, obustronne
	wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, jednostronne
	inne wrodzone zniekształcenia stawu biodrowego
	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego, nieokreślone
	stopa końsko-szpotawa, wrodzona
	szpotawość śródstopia wrodzona
	inne wrodzone zniekształcenia szpotawe stopy
	stopa piętowo-koślawa wrodzona
	inne wrodzone zniekształcenia koślawe stopy
	asymetria twarzy
	długogłowie (dolichocephalia)
	wrodzone zniekształcenie kręgosłupa
	wrodzone zniekształcenie kolana
	wrodzone wygięcie piszczeli lub strzałki
	dodatkowy(e) palec(ce) rąk
Lokalizacja	Typ wady
	dodatkowy(e) kciuk(i)
	dodatkowy(e) palec(ce) stóp
	palce dodatkowe, nieokreślone
	palce rąk splecione (z kościorostem)
	palce dodatkowe ze zrostem palców (polisyndaktylia)
	zrost palców stóp (z kościorostem)
	wrodzony brak całkowity kończyn(y) górnych(ej)
	wrodzony brak ramienia i przedramienia z zachowaną dłonią

	wrodzony brak przedramienia i dłoni
	wrodzony brak dłoni i palców
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości promieniowej
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości łokciowej
	ręka przypominająca szcypce homara
	inne zniekształcenia zmniejszające kończyn górnych
	zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej, nieokreślone
	wrodzony brak całkowity kończyn(y) dolnych(ej)
	wrodzony brak uda i podudzia z zachowaną stopą
	wrodzony brak podudzia i stopy
	wrodzony brak stopy i palców
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości udowej
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości strzałkowej
	rozszczip stopy
	inne zniekształcenia zmniejszające kończyn(y) dolnych(ej)
	zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej, nieokreślone
	inne wady wrodzone kończyn(y) górnych(ej), z wyłączeniem obręczy barkowej
	wady wrodzone stawu kolanowego
	inne kończyn(y) dolnych(ej), z wyłączeniem obręczy miednicznej
	wrodzona sztywność wielostawowa
	przedwczesne skostnienie szwów czaszkowych
	dyzostozja czaszkowo-twarzowa (zespół Crouzona)
	wielkogłowie
	inne określone wady wrodzone kości czaszki i twarzy
	utajony rozszczip kręgosłupa
	zespół Klippel-Feila
	wrodzone skrzywienie boczne kręgosłupa spowodowane wadami kości
	inne wady wrodzone kręgosłupa niezwiązane ze skrzywieniem bocznym
	wady wrodzone mostka
	wady wrodzone klatki piersiowej kostnej, nieokreślone
	achondroplazja
	inne osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
	osteochondrodysplazja z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
	mnożenie wyrostka kostnego wrodzone
Lokalizacja	Typ wady
	wytrzewienie (gastroschisis)
	zespół suszonej śliwki (zespół wiotkiego brzucha)
Powłoki ciała	pęcherzowe oddzielanie naskórka postać dystroficzna
	pęcherzowe oddzielanie naskórka, nieokreślone
	stwardnienie guzowate (choroba Bourneville'a)
	fakomatoza, nieokreślona
	Inne lub niesklasyfikowane wady wrodzone
	wady wrodzone śledziony

wady wrodzone nadnerczy

bliźnięta zrośnięte (zroślaki)

Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej

zespół Downa

zespół Edwardsa

zespół Patau

delecja krótkiego ramienia chromosomu 4 (zesp. Wolffa-Hirschhorna)

delecja krótkiego ramienia chromosomu 5 (zesp. cri-du-chat)

kariotyp 45,X

zespół Turnera

zespół Klinefeltera

inne określone aberracje chromosomowe

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka

INDEKS GSB/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **urodzenie się martwego noworodka** – urodzenie się martwego noworodka po upływie 22. tygodnia ciąży potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie noworodka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się martwego noworodka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku urodzenia się martwego noworodka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy urodzenie się martwego noworodka jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego

INDEKS GSD/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć dziecka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.
3. W przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie karencji, świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci dziecka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWD/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia

zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek

przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią dziecka.

3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci dziecka Ubezpieczonego 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.

§ 10

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, wypłacanych na podstawie odpowiedniej umowy dodatkowej, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie dziecka Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GPWD/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 4. rok życia i nie ukończyło 25. 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 lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenia i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, ho-

spicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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 choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
4. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
5. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z pobytem dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - 1) którą zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,

- 2) której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W związku z pobytem 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. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu 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. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego
INDEKS GCD/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. 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 trwale 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) 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, takich jak między innymi: 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, porażień 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.

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 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) z upływem roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
3. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) które jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka.
4. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) które jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka.
5. W przypadku, gdy bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od

daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,

- 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia zakresem umowy dodatkowej,
- 3) które jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka.

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. Prawo do świadczenia w związku z wystąpieniem u dziecka cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została rozpoznana przed ukończeniem przez dziecko 18. roku życia, a rodzice dziecka nie są diabetykami.

§ 10

1. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. 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. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego

INDEKS GSR/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **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.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWSR/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem śmierci drugiego rodzica Ubezpieczonego.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć rodzica Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.
3. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie karencji, świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci rodzica Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo

znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **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.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty drugiego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią rodzica Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Śmierci rodzica Ubezpieczonego 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.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego
INDEKS GST/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo

znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **rodzic współmałżonka** – 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 osoby te nie wstąpiły ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki współmałżonka lub wdowcem po matce współmałżonka, o ile po śmierci matki współmałżonka Ubezpieczonego osoby te nie wstąpiły ponownie w związek małżeński.

Rodzice współmałżonka po śmierci współmałżonka, pozostają w rozumieniu niniejszych OWUD rodzicami współmałżonka o ile Ubezpieczony nie zawarł ponownie związku małżeńskiego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica współmałżonka Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem śmierci drugiego rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć rodzica współmałżonka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.
3. W przypadku śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie karencji, świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
INDEKS GWST/07/11/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do

której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 3) **rodzic współmałżonka Ubezpieczonego** – matka lub ojciec współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca współmałżonka Ubezpieczonego lub wdową po ojcu współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki współmałżonka Ubezpieczonego lub wdowcem po matce współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Rodzice współmałżonka Ubezpieczonego po śmierci współmałżonka Ubezpieczonego pozostają w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia rodzicami współmałżonka Ubezpieczonego, o ile Ubezpieczony nie zawarł ponownie związku małżeńskiego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica współmałżonka Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

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 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 upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty drugiego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Ubez-

pieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego 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.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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 01.11.2007.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszkodzenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GUUC/12/09/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszkodzenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku stanowiącej integralną część niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

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 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 danego Ubezpieczonego – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota stanowi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy, lub 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszkodzenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo

wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1 procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

- Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy.
- Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy a sumą świadczeń wypłacanych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek powodujący uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

- Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z tabelą świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającą zastosowanie w umowie dodatkowej.
- Warunkiem rozpatrzenia świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej. W przypadkach gdy ustalenie procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała nie jest możliwe na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej, procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

Postanowienia końcowe

§ 11

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
- Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/30/08/2012 z dnia 30 sierpnia 2012 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 września 2012.

Tabela świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń);

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami.

Wysokość świadczenia odpowiadająca
procentowi sumy ubezpieczenia

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):

a) rany skóry owłosionej głowy od 5 do 7 cm długości	1
b) rany od 8 do 12 cm długości	3
c) rany powyżej 12 cm długości	10
d) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25

2. Złamania kości czaszki:

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

Wysokość świadczenia odpowiadająca
procentowi sumy ubezpieczenia

3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:

a) poniżej 3 cm ²	3
b) od 3 do 10 cm ²	7
c) od 11 do 50 cm ²	10
d) powyżej 50 cm ²	20

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, podjęzyczny	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

B. USZKODZENIA TWARZY

6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):

a) rany skóry twarzy od 2 do 6 cm długości	1
b) rany skóry twarzy od 7 do 11 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 12 cm długości	10
d) 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: 1

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 15

13. Urazy języka:	
a) rana języka zaopatrzona chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)

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 (jednooczne)	5

17. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów łzowych 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

22. Urazy małżowiny usznej:	
-----------------------------	--

a) rany powyżej 1 cm, 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 PRZEŁYKU

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 od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) 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) krwiaki 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

35. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:		
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1	
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3	
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1	
d) 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, żyła główna dolna i żyły biodrowe wspólne) 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 (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c) utrata śledziony	15	
40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:		
a) leczone zachowawczo (krwiak, 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

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:		
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c) utrata częściowa nerki	15	
d) utrata całkowita 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 całkowita 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	3	
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	3	
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

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 kręgow leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgow leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne malne 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 kręgow leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgow 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

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

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 ramiennie-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 powyżej 7 cm długości	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, Galeazzi	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 powyżej 7 cm długości	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 śródreżca:

a) I kość śródreżca:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
– inne złamania	2

b) II kość śródreżca:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1

c) III, IV, V kość śródreżca:

– 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 śródreżca	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	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 kciuka powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	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 śródreżca	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 powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	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 jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany powyżej 4 cm	1
– uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
– zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

b) palec IV:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
c) palec V:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-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

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 jednomiejscowe 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 jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3
85. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skórne uda lub pośladka powyżej 7 cm długości	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, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) złamania jednomiejscowe 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 jednomiejscowe 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 – 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, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
92. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego tydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego tydki	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 kikutu 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 powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b) rany podeszwy stopy	2
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 stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
105. Uszkodzenie palucha:	
a) rana palucha powyżej 3 cm długości	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

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 trójgłowego 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) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnjej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) spłotu 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) spłotu łądźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka łądźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Niniejsza Tabela świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku została zatwierdzona uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/30/08/2012 z dnia 30 sierpnia 2012 r.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 INDEKS GŚO/12/02/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

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 AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, 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 25 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) nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrożający 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 wszelkich chorób, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku zgodnie z OWUD;

- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe 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, umożliwiający 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

której 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.

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;
 - 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 pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa 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) 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; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 4) 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; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu; o zasadności transportu decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA;
 - 5) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego 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; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu oraz wyłącznie w sytuacji, gdy z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;

- 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:
 - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - b) wykonywania zabiegów leczniczych, takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
 - c) wykonywania czynności diagnostycznych, takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
 - d) 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 fizyioterapeuty 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:
 - a) 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

- b) 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, takich jak: 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 takich usług, jak:
- 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,
- b) zgonu dziecka,
- c) urodzenia się martwego dziecka,
- d) zgonu współmałżonka,
- e) poronienia,
- f) rozstroju zdrowia Ubezpieczonego,
- g) rozstroju zdrowia współmałżonka,
- h) 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. cukrzyce, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych 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.

5. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

- 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 za danego Ubezpieczonego.
- 2.** Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w przypadkach i terminach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:
 - 1)** z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2)** z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
 - 3)** w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych lub współmałżonków – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony lub współmałżonek ukończył 69. rok życia.
- 3.** Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona pod warunkiem opłacenia składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego za dany okres ubezpieczenia, najpóźniej w dniu wymagalności składki. W przypadku nieopłacenia składki w wysokości i terminie określonych w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia świadczenia opisane w niniejszych OWUD nie są należne.

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa

§ 9

- 1.** 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 zobowiązani są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, telefon +48 22 575 91 32. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym AXA 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.
- 2.** 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 zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do skorzystania z pomocy medycznej 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. Podanie przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko lub osobę występującą w jego imieniu oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka zobowiązani są zwrócić Towarzystwu koszty poniesione wskutek podania przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu, współmałżonka, dziecko lub osobę występującą w jego imieniu oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nieprawdziwych informacji.
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) pozostawiania 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 innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzeznaczonych 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, takich jak: 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 czło-

wieka, 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 zale-

ceń lekarza prowadzącego lub lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24 Plus INDEKS GŚOP/12/02/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia AXA 24 Plus, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, 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 25 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 Plus;

- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) **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 wszelkich chorób, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub dziecku zgodnie z OWUD;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe 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, umożliwiający 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 której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 23) **wypadek komunikacyjny** – zaistniały w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym nieszczęśliwy wypadek, w rozumieniu niniejszych OWUD, któremu uległ Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym – motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy;
- 24) **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 oraz w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - b) obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku (w tym wypadku komunikacyjnego),
 - 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.

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;
 - 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) wynosi 6000 zł – w stosunku do świadczeń medycznych określonych w ust. 4 pkt. 1)–14) oraz pkt 17), w przypadku gdy zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przyczyną udzielenia wyżej wymienionych świadczeń był nieszczęśliwy wypadek w postaci wypadku komunikacyjnego;
 - 3) wskazana jest każdorazowo w opisie danego świadczenia – w stosunku do świadczeń medycznych określonych w ust. 4 pkt 15);
 - 4) 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) i 2) 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 pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarzkiej 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) 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; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 4) 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; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu; o zasadności transportu decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA;
 - 5) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego 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; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu oraz wyłącznie w sytuacji, gdy z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 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:
 - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - b) wykonywania zabiegów leczniczych, takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
 - c) wykonywania czynności diagnostycznych, takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka,
 - d) 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:
 - a) 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
 - b) 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, takich jak: 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 ist-

niała 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 organizuje 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 organizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile daną placówkę medyczną 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 organizuje 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 organizuje 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 takich usług, jak:
 - 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 zorga-

nizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarzkiej 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 przekazuje 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,
 - b) zgonu dziecka,
 - c) urodzenia się martwego dziecka,
 - d) zgonu współmałżonka,
 - e) poronienia,
 - f) rozstroju zdrowia Ubezpieczonego,
 - g) rozstroju zdrowia współmałżonka,
 - h) 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 chorych 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.

5. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz uprawniony Centrum Operacyjnego AXA.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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 za danego Ubezpieczonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w przypadkach i terminach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej;
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych lub współmałżonków – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony lub współmałżonek ukończył 69. rok życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona pod warunkiem opłacenia składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego za dany okres ubezpieczenia, najpóźniej w dniu wymagalności składki. W przypadku nieopłacenia składki w wysokości i terminie określonych w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia świadczenia opisane w niniejszych OWUD nie są należne.

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa

§ 9

1. 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 zobowiązani są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, telefon +48 22 575 91 32. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym AXA 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.
2. 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 zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do skorzystania z pomocy medycznej 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. Podanie przez Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecko lub osobę występującą w jego imieniu oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień powoduje odmowę zwrotu kosztów. Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub osoba występująca w jego imieniu oraz rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka zobowiązani są zwrócić Towarzystwu koszty poniesione wskutek podania przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu, współmałżonka, dziecko lub osobę występującą w jego imieniu oraz rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nieprawdziwych informacji.
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) pozostawiania 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 innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, 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, takich jak: 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 dentyścycznego,
 - 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. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
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.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów na wypadek urodzenia dziecka wymagającego leczenia

INDEKS GDKS/13/03/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów na wypadek urodzenia dziecka wymagającego leczenia, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego i w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia, 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 dentyków (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) urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka, które:
 - a) przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar lub
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną albo
 - c) urodziło się jako wcześniak;przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;

- 7) wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie; ochroną ubezpieczeniową objęte są wymienione w katalogu wad wrodzonych wady rozwojowe istniejące w chwili urodzenia żywego noworodka oraz takie, które ujawniły się do końca 1. roku życia dziecka;
- 8) wcześniak** – żywy noworodek, który urodził się porodem drogami natury lub operacyjnym przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji dziecka Ubezpieczonego u lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia:
 - 1) z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego albo
 - 2) z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia.

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, o ile zakres umowy podstawowej zawiera lub od chwili zawarcia umowy dodatkowej będzie zawierał:
 - 1) dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego lub
 - 2) dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie jednego z dodatkowych grupowych ubezpieczeń wymienionych w ust. 1. Polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wskazuje, do którego dodatkowego grupowego ubezpieczenia zawarto umowę dodatkową. Ubezpieczający może zawrzeć wyłącznie jedną umowę dodatkową jako rozszerzenie dodatkowych grupowych ubezpieczeń wymienionych w ust. 1.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku urodzenia się dziecka wymagającego leczenia i przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu jednego z dodatkowych grupowych ubezpieczeń, o których mowa w § 3 ust. 2, Towarzystwo przyzna Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej obejmuje pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów, realizowanych dla dziecka Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu jednego z dodatkowych grupowych ubezpieczeń, o których mowa w § 3 ust. 2.
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, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej, udostępnionej mu 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 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 specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji konsultacji lekarza specjalisty Ubezpieczony 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 dziecko Ubezpieczonego wraz z Ubezpieczonym lub opiekunem prawnym zobowiązane 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, Ubezpieczony 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 Ubezpieczonego koszty konsultacji lekarzy specjalistów dla dziecka Ubezpieczonego do wysokości limitu refundacyjnego.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty konsultacji lekarzy specjalistów, określonych w § 2 pkt 1), związane z leczeniem dziecka Ubezpieczonego, 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, Ubezpieczony 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 oryginał faktury lub rachunku 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 Uprawionego, chyba że Ubezpieczony 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. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA stosuje się odpowiednio.
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.

Wyciąg

z Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania
INDEKS GUKS/13/03/01 zmienionych umową generalną nr 2 dla Grup Nieformalnych

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia – konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych

między AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a AXA Polska S.A., zwaną dalej Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego oraz w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, 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

ku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anesteziolog, 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.:
 - a) Ubezpieczony – w przypadku dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego albo
 - b) współmałżonek – w przypadku dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, albo
 - c) 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 odpowiednio:
 - 1) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego albo
 - 2) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, albo
- 3) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub

w każdą rocznicę polisy, o ile zakres umowy podstawowej zawiera lub od chwili zawarcia umowy dodatkowej będzie zawierać:

- 1) dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub
 - 2) dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, lub
 - 3) dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.
 3. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie jednego z dodatkowych grupowych ubezpieczeń wymienionych w ust. 1. Polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wskazuje, do którego dodatkowego grupowego ubezpieczenia zawarto umowę dodatkową. Ubezpieczający może zawrzeć więcej niż jedną umowę dodatkową.

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 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu:
 - 1) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego bądź
 - 2) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, bądź
 - 3) 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 cią-

- gu 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 oryginał faktury lub rachunku 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. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA stosuje się odpowiednio.
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.