

Broszura informacyjna i Ogólne warunki ubezpieczenia



**Pakiet
Medyczny OK**

% Kredyt OK
Pieniądze bez ograniczeń!

więcej / niż standard



Drogi Kliencie,

„Kochane zdrowie, nikt się nie dowie, jako smakujesz, aż się zepsujesz” – tak mądrze pisał wieki temu Jan Kochanowski.

Dlatego, wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom związanym z Twoim zdrowiem, przygotowaliśmy specjalny Pakiet Medyczny OK ze świadczeniami na wypadek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku.

Przekazujemy w Twoje ręce niniejszą broszurę wraz z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia Pakiet Medyczny OK, w której znajdziesz wszystkie niezbędne informacje dotyczące Twojego ubezpieczenia.

Zachęcamy do zapoznania się z zakresem oferowanych świadczeń oraz informacjami, w jaki sposób oraz na jakich zasadach można z nich skorzystać w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku.

Życzymy dużo zdrowia!

Capital Service S.A.
właściciel marki KredytOK

KTO MOŻE SKORZYSTAĆ Z PAKIETU MEDYCZNEGO OK?

Z Pakietu Medycznego OK może skorzystać Klient, który:

- w dniu podpisania umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 80. roku życia
- posiada adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- złożył wniosek o zawarcie umowy, wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami
- opłacił składkę

ILE PAKIETÓW MEDYCZNYCH MOŻE POSIADAĆ KLIENT?

Każdy Klient może posiadać równocześnie maksymalnie 4 Pakiety Medyczne w dowolnych wariantach.

CO ZYSKUJE KLIENT KORZYSTAJĄCY Z PAKIETU MEDYCZNEGO OK W PRZYPADKU NAGŁEGO ZACHOROWANIA LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, KTÓRE WYSTĄPIŁY W CZASIE TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA?

- ➔ szybki dostęp do usług medycznych dostępnych na terenie Polski, bez względu na to, czy Klient jest w miejscu zamieszkania, czy podróżuje, między innymi:
 - dostęp do informacji medycznej 7 dni w tygodniu, 24 h na dobę
 - pomoc dostosowaną do potrzeb Klienta, obejmującą między innymi wizyty lekarskie, pomoc pielęgniarską czy fizjoterapeuty, refundację i dostarczenie leków zaordynowanych przez lekarza
 - transport medyczny z i do placówki medycznej oraz między placówkami medycznymi
 - organizację sprzętu rehabilitacyjnego
- ➔ wsparcie finansowe w trudnych sytuacjach losowych:
 - wypłatę świadczeń w przypadku pobytu w szpitalu z dowolnej przyczyny, po upływie odpowiednio 10 dni w Pakiecie złotym i 14 dni w Pakiecie srebrnym, lub w wyniku nieszczęśliwego wypadku od 3. dnia pobytu w szpitalu
 - uproszczony i szybki proces wypłaty należnych świadczeń – wypłata bezspornej części świadczenia w terminie do 30 dni roboczych od otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego

DOSTĘPNE WARIANTY PAKIETU MEDYCZNEGO OK

ZAKRES USŁUG MEDYCZNYCH związanych z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem		
	PAKIET ŻŁOTY (umowa na 12 miesięcy)	PAKIET SREBRNY (umowa na 3 miesiące)
WYSOKOŚĆ SKŁADKI	200 zł za 12 miesięcy	50 zł za 3 miesiące
MEDYCZNA PLATFORMA INFORMACYJNA	bez limitu	bez limitu
ORGANIZACJA WIZYTY		
Lekarz pomocy doraźnej	2 zdarzenia w roku maks. 2 wizyty na zdarzenie	2 zdarzenia w okresie ochrony maks. 2 wizyty na zdarzenie
Wizyta u lekarza specjalisty	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
Wizyta u lekarza rehabilitacji	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	1 raz w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
Wizyta fizjoterapeuty w miejscu przebywania Ubezpieczonego	1 raz w roku, maks. 3 h na 1 wizytę zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	1 raz w okresie ochrony: maks. 3 h na 1 wizytę, zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki
TRANSPORT MEDYCZNY		
Transport medyczny z miejsca zamieszkania do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów maks. 700 zł na 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów maks. 700 zł na 1 zdarzenie
Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania (transport powrotny)	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów maks. 700 zł na 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów maks. 700 zł na 1 zdarzenie
Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi (zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego)	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów maks. 700 zł na 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów maks. 700 zł na 1 zdarzenie
USŁUGI DODATKOWE		
Dostarczenie leków	2 zdarzenia w roku maks. 2 razy na zdarzenie	2 zdarzenia w okresie ochrony maks. 2 razy na zdarzenie
Refundacja leków (tylko w połączeniu z dostarczeniem leków)	1 raz w roku 200 zł na 1 zdarzenie	1 raz w okresie ochrony 200 zł na 1 zdarzenie
Sprzęt rehabilitacyjny	1 raz w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego do 300 zł	zorganizowanie bez pokrycia kosztów sprzętu
ZAMÓWIENIE USŁUGI	Zadzwoń pod nr 22 575 93 95* infolinia medyczna 24/7 * koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych	

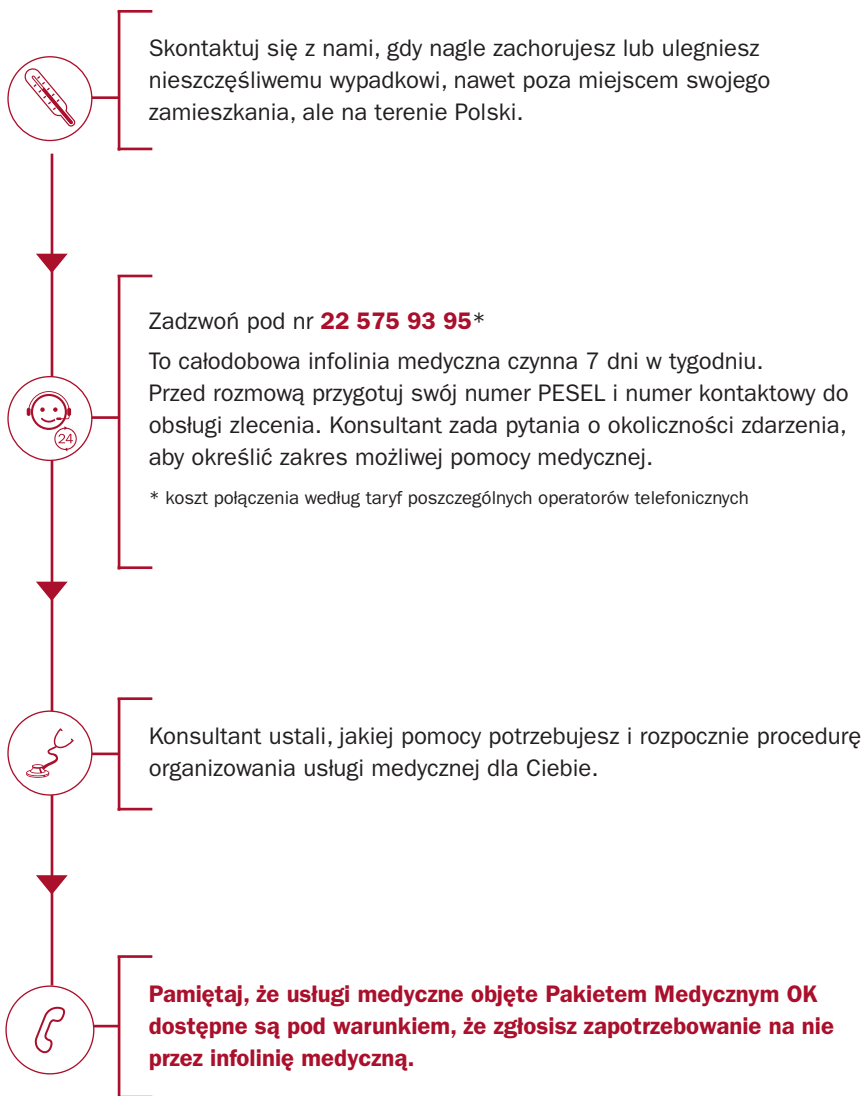
ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ związanej z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem

	PAKIET ŻÓŁTY (umowa na 12 miesięcy)	PAKIET SREBRNY (umowa na 3 miesiące)
SUMY UBEZPIECZENIA		
Pobyt w szpitalu z dowolnej przyczyny	1 000 zł (wyplacane jednorazowo po upływie 10 dni pobytu w szpitalu)	800 zł (wyplacane jednorazowo po upływie 14 dni pobytu w szpitalu)
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, wyplacamy od trzeciego dnia)	maks. 40 500 zł (225 zł za dzień)	maks. 36 000 zł (200 zł za dzień)
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA	<p>Wypełniony formularz wniosku o wypłatę świadczenia, który jest dołączany do szczególnych warunków ubezpieczenia, wraz z niezbędną dokumentacją, wysłać na adres:</p> <p>AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa z dopiskiem: Obszar Bancassurance</p> <p>W razie pytań dzwoń: 801 200 200*</p> <p>* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych</p>	

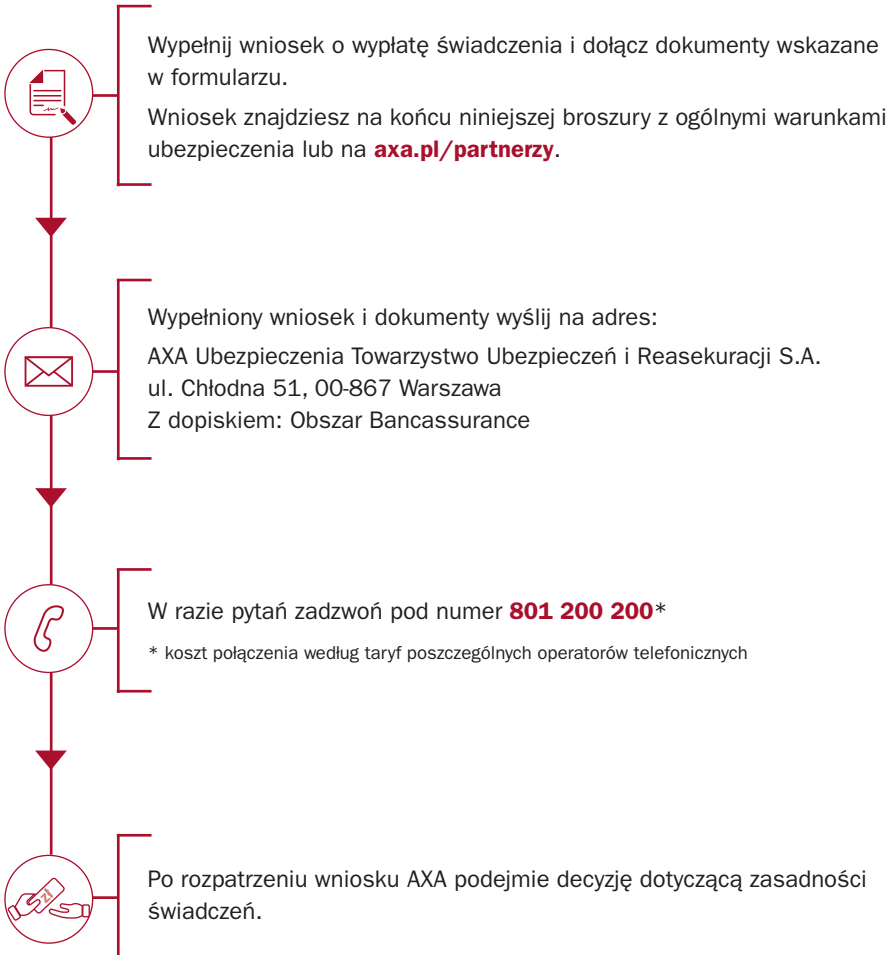
JAKI JEST OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ?



JAK ZAMÓWIĆ USŁUGĘ MEDYCZNĄ OBJĘTĄ PAKIETEM MEDYCZNYM OK?



JAK OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE W RAMACH PAKIETU MEDYCZNEGO OK Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU?



Powyższy materiał ma charakter informacyjny. Szczegółowy zakres ochrony, w tym wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., znajduje się w OWU Pakiet Medyczny OK.

Właścicielem marki KredytOK jest Capital Service S.A.

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medyczny OK

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 3 § 11 § 13 ust. 4, 5, 6, 7, 8 Regulamin usług medycznych: § 1 ust. 2, 3, 5, 6 § 3 ust. 1 § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1, 2, 3, 4 § 10 § 12 Regulamin świadczeń medycznych: § 1 ust. 4, 7 § 2 § 3 ust. 2 § 5 ust. 5

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medyczny OK (dalej: OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych z AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Alarmowego Towarzystwa Zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- 2) **Adres zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie dokładnego adresu, a w przypadku zmiany – w pisemnym zgłoszeniu tej zmiany;
- 3) **Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym przedsiębiorca, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych, w tym Capital Service S.A.;
- 4) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numerem telefonu +48 22 575 93 95;
- 5) **Choroba przewlekła** – zaburzenia lub odchylenia od normy stanu zdrowia, które charakteryzują się długotrwałym przebiegiem oraz które zostały zdiagnozowane w okresie 24 miesięcy poprzedzających przystąpienie do Umowy ubezpieczenia, oraz schorzenie sercowo-naczyniowe lub schorzenia układu krążenia sklasyfikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) w ramach grup: 100-199 oraz E78, które zostały zdiagnozowane w dowolnym momencie przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia;
- 6) **Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentystę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 7) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień następujący po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zapłaty Składki w wymaganej wysokości, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Zdarzeń medycznych w Okresie ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 14 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 8) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
 - a) Pobyt w szpitalu z dowolnej przyczyny – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - b) Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - c) Zdarzenie medyczne – dzień zaistnienia Nagłego zachorowania, o którym mowa w pkt 14), lub dzień zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt 15), uprawniających do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem;
- 9) **Klient** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych;
- 10) **Lek** – określony w zakresie leków, gotowy lek w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty;

- 11) **Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – osoba wskazana przez Centrum Alarmowe Towarzystwa i uprawniona do występowania w imieniu Towarzystwa oraz uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
- 12) **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 13) **Miesiąc ochrony** – okres rozpoczynający się w danym dniu miesiąca kalendarzowego, a kończący się w następnym miesiącu w dniu odpowiadającym mu datą, a gdyby takiego dnia w kolejnym miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 14) **Nagle zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego – dotyczy Regulaminu;
- 15) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia Ubezpieczonego; na potrzeby Zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 16) **Okres ubezpieczenia** – w zależności od pakietu:
 - a) Pakiet złoty – okres 12 miesięcy udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo, rozpoczynający się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - b) Pakiet srebrny – okres 3 miesięcy, rozpoczynający się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 17) **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa – dotyczy Regulaminu;
- 18) **Pobyt w szpitalu z dowolnej przyczyny** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt w Szpitalu trwający, w zależności od pakietu, odpowiednio:
 - a) nieprzerwanie co najmniej 10 dni – dla Pakietu złotego, albo
 - b) nieprzerwanie co najmniej 14 dni – dla Pakietu srebrnego;w rozumieniu niniejszych OWU Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 19) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze Szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 20) **Regulamin** – Regulamin usług medycznych, stanowiący załącznik do niniejszych OWU;
- 21) **Składka** – kwota, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna przez Ubezpieczającego;
- 22) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 23) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych;

- 24) Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki leczenia 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 uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji, ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 25) Towarzystwo** – AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51;
- 26) Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 27) Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 28) Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 29) Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia, którym jest Ubezpieczony;
- 30) Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku podpisania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo;
- 31) Wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, podejmowana dobrowolnie w celu rywalizacji sportowej lub dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych, obejmująca treningi, udział w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu – dotyczy Regulaminu;
- 32) Wyleczenie** – taki stan osoby poddanej leczeniu, w którym objawy danej choroby ustąpiły i zgodnie z opinią lekarza nie wymaga ona już dalszego leczenia, a prawdopodobieństwo ponownego zachorowania na daną chorobę odpowiada prawdopodobieństwu sprzed jej wystąpienia;
- 33) Zdarzenie medyczne** – Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego przez Ubezpieczonego, zgodnie z Regulaminem;
- 34) Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od pakietu, następujące zdarzenia:
- Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia,
 - Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił nie później niż w terminie 180 dni od dnia Nieszczęśliwego wypadku, który to Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - Zdarzenie medyczne mające miejsce w Okresie ubezpieczenia, a także potrzeba medyczna powstała w Okresie ubezpieczenia i zgłoszona w tym okresie w ramach Medycznej Platformy Informatycznej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia może obejmować Zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w § 2 pkt 34) OWU.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

- Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa dokumentu Wnioskopolisy, pod warunkiem zapłaty Składki w ustalonej wysokości.

2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo w dokumencie Wnioskopolis.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Okres ubezpieczenia.
4. Ubezpieczającym może być Klient, który:
 - 1) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 80. roku życia;
 - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożył wypełniony dokument Wnioskopolis, wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej Wnioskopolis.
5. Osoby, które nie spełniają warunków określonych w ust. 4 powyżej, nie mogą zawrzeć Umowy ubezpieczenia i być objęte ochroną ubezpieczeniową.
6. Ubezpieczający w tym samym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu czterech Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU.

Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

§ 5

1. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie Zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zdarzeń medycznych rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia określonego w ust. 2.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) upływu końca okresu ubezpieczenia, w roku w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 81 lat;
 - 3) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Miesiąca ochrony, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - 4) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
6. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej.
7. Po upływie terminu wskazanego w ust. 5 powyżej Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej ze skutkiem na ostatni dzień Miesiąca ochrony, w którym Ubezpieczający złożył bezpośrednio do Towarzystwa lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu część wpłaconej Składki za okres, w którym Towarzystwo nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
9. Składka zapłacona za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

§ 6

1. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacić Składkę;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopoliście.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.

Ubezpieczony

§ 7

Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia.

Obowiązki Towarzystwa

§ 8

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopoliisy;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Składka

§ 9

1. Wysokość Składki zależy od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu i wynosi:

Tabela nr 1 – Wysokość Składki

Pakiet	Wysokość Składki
Pakiet złoty	200 PLN
Pakiet srebrny	50 PLN

2. Wysokość należnej Towarzystwu Składki określona jest we Wnioskopoliście.
3. Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna z góry przez Ubezpieczającego, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa za pośrednictwem Agenta.

Sumy ubezpieczenia

§ 10

1. Sumy ubezpieczenia są określone dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz pakietu i stanowią górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych świadczeń.

Tabela nr 2 – Sumy ubezpieczenia

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Pakiet	
	Pakiet złoty	Pakiet srebrny
Pobyt w szpitalu z dowolnej przyczyny	1 000 PLN	800 PLN
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (od 3. dnia)	maks. 40 500 PLN (225 PLN za dzień)	maks. 36 000 PLN (200 PLN za dzień)
Zdarzenie medyczne lub potrzeba medyczna Ubezpieczonego	zgodnie z Regulaminem	

2. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń dla Zdarzeń medycznych są szczegółowo wskazane w Regulaminie.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 11

Pobyt w szpitalu z dowolnej przyczyny

1. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z dowolnej przyczyny, wyłączając Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwającego w zależności od pakietu odpowiednio:
 - 1) nieprzerwanie co najmniej 10 dni – dla Pakietu złotego, albo
 - 2) nieprzerwanie co najmniej 14 dni – dla Pakietu srebrnego,
który wystąpił w Okresie ubezpieczenia, należne jest jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia:
 - a) w przypadku Pakietu złotego: po upływie 10 dni Pobytu w szpitalu,
 - b) w przypadku Pakietu srebrnego: po upływie 14 dni Pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu z dowolnej przyczyny wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. W przypadku pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci część świadczenia, wskazaną we wniosku, przed zakończeniem tego pobytu.

Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

3. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, trwającego nieprzerwanie co najmniej 3 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej:
 - 1) w przypadku Pakietu złotego: 225 PLN;
 - 2) w przypadku Pakietu srebrnego: 200 PLN,
za każdy dzień pobytu w Szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania Sumy ubezpieczenia określonej w Tabeli nr 2 – Sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci część świadczenia, wskazaną we wniosku, przed zakończeniem tego pobytu.
5. Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu z dowolnej przyczyny oraz Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie sumują się.

Zdarzenia medyczne

6. W razie Zdarzenia medycznego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, a także potrzeby medycznej powstałej w Okresie ubezpieczenia i zgłoszonej w tym okresie do Medycznej Platformy Informacyjnej, Towarzystwo zorganizuje świadczenie medyczne zgodnie z Regulaminem.

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu z dowolnej przyczyny jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, aktu terroryzmu, 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) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) 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;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających lub psychotropowych oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowery, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 8) 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;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
 - 10) choroby lub niepełnosprawności: chorób niedokrwiennych serca, zawału serca, choroby wieńcowej, chorób tętnic, miażdżycy, tętniaka, chorób naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzeń rytmu serca, chorób nowotworowych, padaczki, cukrzycy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, chorób trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, gruźlicy, sepsy, chorób psychicznych, zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia oświadczenia woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 11) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;

2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w Szpitalu jest:
 - 1) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 2) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, aktu terroryzmu, 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) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) 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;
 - 4) zażycia narkotyków lub środków odurzających lub psychotropowych oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 8) 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;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.

4. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest:
 - 1) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprzawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby zgłaszającej roszczenie.
4. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu w szpitalu z dowolnej przyczyny jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego obejmującej okres 2 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia;
 - 3) jeżeli zdarzenie jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku – kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie);
 - 4) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem lub – w przypadku wniosku Ubezpieczonego o częściową wypłatę świadczenia – zaświadczenia o Pobytku w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) opisu okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia, jeżeli został sporządzony (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub postanowienia o umorzeniu postępowania);
 - 5) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
6. W przypadku wystąpienia Zdarzeń medycznych lub potrzeby medycznej Ubezpieczonego należy postępować zgodnie z zapisami Regulaminu.
7. Jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby są dodatkowo zobowiązani przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad uprawnionym do otrzymania świadczenia;

- 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego uprawnionych do otrzymania świadczenia.
8. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Kopie dokumentów, o których mowa w ustępach 4 i 5 oraz 7 i 8 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza, pracownika USC, Agenta lub pracownika Towarzystwa.
10. Kopia dokumentacji medycznej może być również poświadczona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, Szpitala lub innej Placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
11. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
12. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, Ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Roszczenie Bancassurance
13. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu +48 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

Reklamacje

§ 14

1. Reklamacja to wystąpienie osoby fizycznej, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może być złożona Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamację składa się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą reklamację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 15.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Właściwość sądowa

§ 15

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. O ile umowa nie stanowi inaczej ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące Umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Zmiana danych teleadresowych wskazanych w § 13 ust. 12 i 13 nie stanowi zmiany umowy.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
5. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 17

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nr 3/01/03/2017 z dnia 1 marca 2017 r. i obowiązują od dnia 31 marca 2017 r.

Regulamin usług medycznych (dalej: Regulamin)

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszym Regulaminie. Świadczenia medyczne realizowane są na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w Okresie ubezpieczenia jednego z następujących Zdarzeń medycznych:
 - 1) Nagłego zachorowania;
 - 2) Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ponadto w Okresie ubezpieczenia, w razie zajścia okoliczności uzasadniającej uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej (potrzeba medyczna), Towarzystwo udzieli na zasadach ustalonych w § 4 ust. 1 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
4. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie Zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. W razie zajścia Zdarzenia medycznego lub potrzeby medycznej, o której mowa w ust. 3, Ubezpieczonemu przysługują w zależności od wybranego pakietu następujące świadczenia medyczne, zgodnie z opisem danego świadczenia:
 - 1) Medyczna Platforma Informacyjna;
 - 2) Wizyta lekarza doraźnej opieki medycznej;
 - 3) Dostarczenie Leków;
 - 4) Refundacja Leków (świadczenie realizowane tylko w połączeniu ze świadczeniem dostarczenia Leków);
 - 5) Wizyta u lekarza specjalisty;
 - 6) Wizyta u lekarza rehabilitacji;
 - 7) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu;
 - 8) Sprzęt rehabilitacyjny – pomoc w organizacji i wypożyczeniu;
 - 9) Sprzęt rehabilitacyjny – organizacja i pokrycie kosztów;
 - 10) Wizyta pielęgniarki w miejscu wskazanym jako Adres pobytu;
 - 11) Transport do Placówki medycznej;
 - 12) Transport z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania;
 - 13) Transport pomiędzy Placówkami medycznymi.
6. Świadczenie medyczne „Sprzęt rehabilitacyjny – organizacja i pokrycie kosztów” występuje wyłącznie w Pakiecie złotym.
7. Towarzystwo spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w Regulaminie. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.
8. Wszystkie świadczenia realizowane są w następstwie zaistnienia Zdarzenia medycznego określonego dla danego świadczenia oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności z tytułu Zdarzeń medycznych

§ 2

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:

- 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroryzmu oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 2) 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;
 - 3) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
 - 4) chorób psychicznych Ubezpieczonego;
 - 5) próby samobójczej Ubezpieczonego;
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słusności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Towarzystwa i poniósł koszty samodzielnej organizacji usług medycznych bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym Towarzystwa było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
3. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są Zdarzenia medyczne, pozostające w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą przewlekłą lub Chorobą zdiagnozowaną i niewyleczoną przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów:
- 1) leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem medycznym;
 - 2) leczenia sanatoryjnego.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
- 1) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;
 - 2) chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
 - 3) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
 - 4) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także związanych z zakupem środków antykoncepcyjnych;
 - 5) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane ze Zdarzeniem medycznym (Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem).
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
- 1) Wyczynowego uprawiania sportu;
 - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill

rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, u których lub których zorganizowało wizyty, zgodnie z niniejszym Regulaminem.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
9. Informacje udzielane w ramach świadczenia „Medyczna Platforma Informacyjna” mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia medyczna czy porada medyczna.
10. W przypadku świadczenia „Dostarczenie Leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie realizuje świadczenia w przypadku braków w asortymencie Leków w aptekach w promieniu 50 km od Adresu pobytu.
11. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia medycznego, jeśli opóźnienie lub niemożność wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami nadzwyczajnymi i niezależnymi od Towarzystwa, takimi jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, siła wyższa, anomalie pogodowe, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, ograniczonym lub niemożliwym dostępem do Ubezpieczonego, względnie do Adresu zamieszkania albo do innego adresu, w którym miało zostać spełnione świadczenie medyczne – mogącymi powodować niemożność realizacji danych świadczeń przez usługodawców.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 3

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu 48 22 575 93 95;
 - 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) miejsce zdarzenia,
 - d) Adres pobytu lub Adres zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy,
 - g) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia medycznego;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Towarzystwa, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
 - 4) zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu szkody.

2. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

Opisy świadczeń w ramach ubezpieczenia medycznego

§ 4

1. Medyczna Platforma Informacyjna

- 1) Na wniosek Ubezpieczonego, w razie wystąpienia potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji na wymienione niżej tematy:
 - a) NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania;
 - b) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń;
 - c) JEDNOSTKI CHOROBY – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety: zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne; zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen;
 - e) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na grypę, profilaktyka antynikotynowa;
 - f) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych;
 - g) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - h) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków;
 - i) METODY RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach);
 - j) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń zdefiniowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz promocji zdrowia;
 - k) GRUPY WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na Choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;
 - l) DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
- 2) Ponadto w ramach świadczenia Centrum Alarmowe zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
- 3) Dodatkowo, na wniosek Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe zorganizuje rezerwację wizyty w prywatnej Placówce medycznej znajdującej się w promieniu 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, u lekarza jednej z wymienionych specjalizacji: ortopeda, kardiolog, onkolog, diabetolog, laryngolog, przedstawiając Ubezpieczonemu dwa terminy wizyty w miarę lokalnych możliwości. Koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony.

- 4) Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli również informacji na temat danych teled adresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa,
 - b) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych), znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa,
 - d) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - f) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.
2. **Wizyta lekarza doraźnej opieki medycznej**
 - 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza w znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejscu wskazanym jako Adres pobytu Ubezpieczonego.
 - 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno zdarzenie medyczne w Okresie ubezpieczenia,
 - 3) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu najwyżej dwóch Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
3. **Dostarczenie Leków**
 - 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczonemu zostały zaordynowane Leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) nie może opuszczać Miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego Leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia Leków.
 - 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno Zdarzenie medyczne.
 - 3) W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu najwyżej dwóch Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
4. **Refundacja Leków**
 - 1) Przy organizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia dostarczenia Leków, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo pokrywa koszty dostarczonych Leków do kwoty 200 zł. Powyżej tej kwoty koszt nabycia Leków pokrywa Ubezpieczony.
 - 2) W Okresie ubezpieczenia przysługuje wyłącznie jedno świadczenie refundacji Leków, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
5. **Wizyta u lekarza specjalisty**
 - 1) W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Towarzystwa – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje i pokryje koszty jednej wizyty Ubezpieczonego u jednego z niżej wymienionych lekarzy specjalistów:
 - a) chirurg,
 - b) okulista,
 - c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,

- f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) neurochirurg.
- 2) W Okresie ubezpieczenia przysługują dwa świadczenia wizyty u lekarza specjalisty, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 6. Wizyta u lekarza rehabilitacji**
- 1) W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Towarzystwa, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty jednej wizyty Ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji.
 - 2) W Pakiecie złotym: w Okresie ubezpieczenia przysługują dwa świadczenia wizyty u lekarza rehabilitacji, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
 - 3) W Pakiecie srebrnym: w Okresie ubezpieczenia przysługuje jedno świadczenie wizyty u lekarza rehabilitacji, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 7. Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).
 - 2) W Okresie ubezpieczenia przysługuje wyłącznie jedno świadczenie wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.
- 8. Sprzęt rehabilitacyjny – pomoc w organizacji i wypożyczeniu**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje wypożyczenie albo zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).
 - 2) Świadczenie polega wyłącznie na organizacji Sprzętu rehabilitacyjnego. Koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu pokrywa Ubezpieczony.
 - 3) W Okresie ubezpieczenia przysługuje wyłącznie jedno świadczenie pomocy w organizacji i wypożyczeniu Sprzętu rehabilitacyjnego, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 9. Sprzęt rehabilitacyjny – organizacja i pokrycie kosztów**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje wypożyczenie albo zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).
 - 2) Świadczenie polega na organizacji i pokryciu kosztów zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego.
 - 3) Świadczenie przysługuje tylko i wyłącznie w Pakiecie złotym.
 - 4) W Okresie ubezpieczenia przysługuje wyłącznie jedno świadczenie organizacji i pokrycia kosztów Sprzętu rehabilitacyjnego, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.

- 5) Towarzystwo pokryje koszty zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 300 zł. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.

10. Wizyta pielęgniarki w miejscu wskazanym jako Adres pobytu

- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu wskazanym jako Adres pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu wskazanym jako Adres pobytu Ubezpieczonego.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.
- 3) W Okresie ubezpieczenia przysługują wyłącznie dwa świadczenia, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.

11. Transport do Placówki medycznej

- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego, wraz z osobą przez niego wskazaną, z miejsca jego pobytu do najbliższej odpowiedniej Placówki medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.
- 2) W Okresie ubezpieczenia przysługują wyłącznie dwa świadczenia, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 3) W Pakiecie złotym Towarzystwo pokryje koszty transportu do Placówki medycznej do kwoty 700 zł na Zdarzenie medyczne. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.
- 4) W Pakiecie srebrnym Towarzystwo pokryje koszty transportu do Placówki medycznej do kwoty 700 zł na Zdarzenie medyczne. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.

12. Transport z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania

- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.
- 2) W Okresie ubezpieczenia przysługują wyłącznie dwa świadczenia, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 3) W Pakiecie złotym Towarzystwo pokryje koszty transportu do Placówki medycznej do kwoty 700 zł na Zdarzenie medyczne. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.
- 4) W Pakiecie srebrnym Towarzystwo pokryje koszty transportu do Placówki medycznej do kwoty 700 zł na Zdarzenie medyczne. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.

13. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia, lub jest on skierowany na zabieg lub badanie lekarskie do innej Placówki medycznej Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

- 2) W Okresie ubezpieczenia przysługują wyłącznie dwa świadczenia, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 3) W Pakiecie złotym Towarzystwo pokryje koszty transportu do Placówki medycznej do kwoty 700 zł na Zdarzenie medyczne. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.
- 4) W Pakiecie srebrnym Towarzystwo pokryje koszty transportu do Placówki medycznej do kwoty 700 zł na Zdarzenie medyczne. Powyżej tej kwoty koszty transportu pokrywa Ubezpieczony.

Roszczenia regresowe

§ 5

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Towarzystwo przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Towarzystwo świadczenia lub odszkodowania (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Towarzystwo pokryło tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Towarzystwa.
3. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Towarzystwu przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się, bez zgody Towarzystwa, przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu roszczeń wobec osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.

kim jesteśmy

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

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

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200

axa.pl