



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 580_0118

Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors

Załącznik nr 3 do umowy generalnej w sprawie zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – Pakiety GSU (zwanej dalej „umową generalną Pakiety GSU”), zawartej pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. i GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych w dniu 18 stycznia 2018 r. – Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors

Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors – tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety GSU

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNOW/14/03/01	2
2) Medycyna bez granic – Best Doctors	GNBDU/16/01/01	8

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNOW/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

(otrzymuje brzmienie) Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienione umową generalną Pakiety GSU, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- deklaracja uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej deklaracją;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

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

Co Towarzystwo ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

! Ubezpieczenie zapewnia szeroki wachlarz świadczeń, niezbędny w przypadku wystąpienia nagłych zdarzeń losowych czy problemów ze zdrowiem.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

§ 4

- (otrzymuje brzmienie) Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
- (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego wariantu.

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

§ 5

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

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

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie?

§ 6

- Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
- (otrzymuje brzmienie) Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie, nie później niż 50 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
- (otrzymuje brzmienie) Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni nie złoży pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.
- (otrzymuje brzmienie) Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.

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

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

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

II. TWOJE UBEZPIECZENIE

Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

§ 7

- (otrzymuje brzmienie) Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 65. roku życia.
- (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego?

§ 8

(otrzymuje brzmienie) Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego, tj. do 15. dnia roboczego miesiąca, w którym ma rozpocząć się ochrona ubezpieczeniowa.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego?

§ 9

- (otrzymuje brzmienie) Względem każdej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym w deklaracji, ankiecie medycznej lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
 - dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
- (otrzymuje brzmienie) Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dotyczy w szczególności osoby, która:
 - (usunięto)

- 2) objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem;
- 3) (usunięto)
- 4) (usunięto)
3. (otrzymuje brzmienie) Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w odniesieniu do danej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia;
 - 2) zaproponowania podwyższenia składki należnej za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia;
 - 3) obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych;
 - 4) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową, w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji w odniesieniu do danej osoby odbiega od ryzyka standardowego lub jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania; w przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki;
 - 5) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona.
4. O powyższych zmianach Towarzystwo informuje osobę zgłoszoną do ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. (usunięto)

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 10

1. (otrzymuje brzmienie) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
 - b) (usunięto)
 - c) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej,
 - d) (usunięto)
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) (usunięto)
 - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - d) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 85. rok życia, z wyłączeniem świadczeń Opieki ambulatoryjnej w RP które są realizowane do ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
 - e) (usunięto)
 - f) (usunięto)
 - g) (usunięto)
2. (usunięto)
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki należnej za tego Ubezpieczonego za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia składka należna za tego Ubezpieczonego wpłacona za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, nie podlega zwrotowi.
5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych wygasa w tym samym terminie.

! Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w określonych sytuacjach. Należy pamiętać, że ochrona wygasa po upływie 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich Ubezpieczonych. W tym czasie ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała, jednocześnie składka za ten okres będzie należna.

III. SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia?

§ 11

1. (otrzymuje brzmienie) Wysokość składki należnej za danego Ubezpieczonego ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki za danego Ubezpieczonego określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składek;
 - 4) liczby, wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 5) (usunięto)
 - 6) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach i innych dokumentach ubezpieczeniowych.

2. Wysokość składki należnej za danego Ubezpieczonego jest określana w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jaki sposób opłacana jest składka?

§ 12

1. (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczający opłaca składkę należną za wszystkich Ubezpieczonych z częstotliwością miesięczną.
2. (otrzymuje brzmienie) Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w pełnej wymaganej kwocie, w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składki zgodnie z wybraną częstotliwością.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

§ 13

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki za wszystkich Ubezpieczonych jest niższa od składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych znajdujących się na liście osób ubezpieczonych;
 - 2) składka należna za wszystkich Ubezpieczonych nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa;
 - 3) składka należna za wszystkich Ubezpieczonych nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) W przypadku zaległości w opłaceniu całości lub części składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty oraz informując o skutkach nieopłacenia składki, to jest:
 - 1) wygaśnięciu ochrony w stosunku do Ubezpieczonych z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich Ubezpieczonych, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego terminu na dokonanie zapłaty;
 - 2) (otrzymuje brzmienie) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego – umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.
3. W przypadku zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych opłacane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

! Pamiętaj, że jesteś zobowiązany do terminowego opłacania składek. W przypadku, gdy nie opłacisz należnej składki w terminie, wezwiemy Cię do zapłaty. Ochrona wygaśnie z upływem miesiąca od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka. Umowa ubezpieczenia rozwiąże się po 3 miesiącach zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego terminu określonego w wezwaniu do zapłaty składki.

§ 14 (usunięto)

IV. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 15

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

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

Uposażony

§ 16

1. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego. Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że uprawnienie to Ubezpieczony może wykonywać samodzielnie.

2. W przypadku wskazania więcej niż jednego *Uposażonego* określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału *Uposażonych* w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci *Ubezpieczonego*.
4. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym *Uposażonym* proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpieczonego* nie ma *Uposażonych* albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom *Ubezpieczonego*.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią *Ubezpieczonego* uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z *Ubezpieczonym*.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępni formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej www.axa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której *Ubezpieczony* był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz osobę zgłaszającą roszczenie, pisemnie lub w inny sposób, na który zgłaszający wyraził zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

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

V. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA?

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 18 (otrzymuje brzmienie)

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) chorobami zdiagnozowanymi, rozpoznanymi lub leczonymi po raz pierwszy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpie-

- czenia, z wyłączeniem poważnych stanów chorobowych, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
- 2) chorobami, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po raz pierwszy w ciągu 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem poważnych stanów chorobowych, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
 - 3) kosztami związanymi z chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi, w okresie 10 lat poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia lub przed upływem 6 miesięcy od tej daty.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

§ 19

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, spowodowane zostało wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach i zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych spowodowane zostało wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
 - 1) spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że wartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez *Ubezpieczonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) udziału *Ubezpieczonego* w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: wszelkich sportach lotniczych, wspinaczce, speleologii, skokach na linie, nurkowaniu z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportach motorowych i motorowodnych, sportach spadochronowych, sportach walki oraz udziału *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 4) pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez *Ubezpieczonego* pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i użytkowania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) (usunięto)
4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie karencji.
5. (usunięto)
6. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

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

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 20

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

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

VI. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa?

§ 21

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. (*otrzymuje brzmienie*) *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*, w szczególności do przekazywania list osób przystępujących do ubezpieczenia, list osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana, jak również list osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa ma ulec zawieszeniu lub wznowieniu. Listy osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną dostarczone do Towarzystwa w formie elektronicznej do 3 dnia roboczego *miesiąca polisy*, w którym ma być świadczona ochrona ubezpieczeniowa. Listy elektroniczne, przekazane w formacie zwyczajowo przyjętym przez Towarzystwo, będą zabezpieczone przez *Ubezpieczającego* hasłem, a hasła zostaną przekazane osobno wskazanemu pracownikowi Towarzystwa. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przekazanym raporcie *Ubezpieczający* zobowiązany jest niezwłocznie, ale nie później niż w okresie 7 dni roboczych od dnia przekazania listy, powiadomić o tym Towarzystwo. *Ubezpieczający* ma prawo do zgłoszenia osób występujących z ubezpieczenia przed upływem 2 miesięcy od początku okresu, w którym ma mieć miejsce wystąpienie danej osoby z ubezpieczenia.

Jednocześnie *Ubezpieczający* zobowiązany jest do:

- 1) informowania osób uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia o zasadach i warunkach ubezpieczenia oraz doręczania warunków ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do *umowy ubezpieczenia* oraz wyrażenia zgody na finansowanie składki,
- 2) informowania osób zgłaszających chęć przystąpienia do ubezpieczenia o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową lub o obowiązku uzupełnienia deklaracji lub innych dokumentów związanych z ubezpieczeniem,
- 3) udostępniania *Ubezpieczonym* obowiązujących formularzy i dokumentów związanych z ubezpieczeniem przekazanych przez Towarzystwo,
- 4) zapewnienia prawidłowego obiegu dokumentów, informacji i korespondencji pomiędzy Towarzystwem a *Ubezpieczającym* i *Ubezpieczonymi*, między innymi poprzez:
 - a) pozyskiwanie podpisanej i poprawnie wypełnionej deklaracji;
 - b) zgłaszanie do Towarzystwa informacji o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych oraz niezwłoczne przekazywanie do Towarzystwa dokumentacji roszczeniowej otrzymanej od *Ubezpieczonych*.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki za wszystkich *Ubezpieczonych* znajdujących się na liście osób ubezpieczonych.
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach *umowy ubezpieczenia*. Jeżeli Towarzystwo zawarło *umowę ubezpieczenia* mimo braku odpowiedzi *Ubezpieczającego* na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:

- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- 2) przekazywanie list osób przystępujących do ubezpieczenia i względem których ochrona nie będzie kontynuowana, jak również osób, względem których ochrona ma ulec zawieszeniu bądź wznowieniu;
- 3) opłacanie składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* zgodnie z warunkami zawartej umowy;
- 4) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach.

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Ubezpieczonych?

§ 22

1. *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* lub wyrażeniem zgody na finansowanie składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez *Ubezpieczonego*), na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* warunki ubezpieczenia.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania *Ubezpieczonym*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* informacji o:
 - 1) zmianach warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla zawartej *umowy ubezpieczenia* wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia* – przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywa-

nia *umowy ubezpieczenia* – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;

- 3) zmianie w zakresie *sumy ubezpieczenia*, w przypadku gdy z *umowy ubezpieczenia* przysługuje świadczenie ustalane na podstawie *sumy ubezpieczenia* wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
- 4) (*usunięto*)

Jakie są obowiązki Towarzystwa?

§ 23

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia *Ubezpieczającemu* na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* OWU i OWUD przed zawarciem *umowy ubezpieczenia*;
- 2) doręczenia *Ubezpieczającemu* *polisy* lub dokumentu potwierdzającego zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w *umowie ubezpieczenia* oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

§ 24

Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych w deklaracji.

VII. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia?

§ 25

Ubezpieczający może odstąpić od *umowy ubezpieczenia* w terminie 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy ubezpieczenia* Towarzystwo nie poinformowało *Ubezpieczającego* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *Ubezpieczający* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od *umowy ubezpieczenia* nie zwalnia *Ubezpieczającego* z obowiązku opłacenia składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach odstąpienia i formie.

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia?

§ 26

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

Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając *Ubezpieczającemu* lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu?

§ 27

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

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

Kiedy można wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

§ 28

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisy następującego bezpośrednio po miesiącu polisy, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. Od momentu doręczenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu do ubezpieczenia nie mogą przystępować nowe osoby.

! Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w dowolnym momencie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

3. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych – umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki została zawarta.
4. Obowiązek opłacania składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 29

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązujący mi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej.

Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego

§ 30

1. Jeżeli w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia zdefiniowane są odmienne zakresy i sumy ubezpieczenia dla poszczególnych Ubezpieczonych, wówczas zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego jest możliwa w rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zmianę zakresu i sum ubezpieczenia również w innym czasie.
2. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego mogą mieć zastosowanie karencje.
3. Możliwość zmiany zakresu i sum ubezpieczenia, jak również zastosowanie karencji, potwierdzane są w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego możliwa jest w rocznicę polisy lub w innym czasie, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

VIII. UMOWY DODATKOWE

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

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych?

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

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 31

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

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

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

§ 32

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 8 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa, ulega zawieszeniu lub wznowieniu, odpowiednio z dniem wygaśnięcia, zawieszenia lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto wygasa także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

§ 33

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

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa?

§ 34

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

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

§ 35

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 36

1. (otrzymuje brzmienie) W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które określone są w § 18 niniejszych OWU.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało nieszczerliwym wypadkiem.

Postanowienia końcowe

§ 37

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 38 (usunięto)

X. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 39

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerami 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 40 ust. 1 i 2.

10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU 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).

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 40

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

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 41 (otrzymuje brzmienie)

1. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą skłaść oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
3. (usunięto)

Informacje o przepisach podatkowych

§ 42

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby 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.
3. 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.

XII. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 43

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

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) (otrzymuje brzmienie) **dzień wymagalności składki** – określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia data, w której należna jest Towarzystwu składka;
- 3) (usunięto)
- 4) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 5) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki za danego Ubezpieczonego;
- 6) (usunięto)
- 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia

wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia;

- 9) (usunięto)
- 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 11) (usunięto)
- 12) (usunięto)
- 13) (usunięto)
- 14) (usunięto)
- 15) (usunięto)
- 16) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia;
- 17) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz warunki tej umowy, w tym wysokości sum ubezpieczenia;
- 18) (usunięto)
- 19) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 20) (usunięto)
- 21) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 22) (usunięto)
- 23) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 24) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa 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, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) (usunięto)
- 26) (usunięto)
- 27) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 28) (otrzymuje brzmienie) **Ubezpieczający** – GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych;
- 29) (otrzymuje brzmienie) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP, która w dniu przystąpienia do OWUD ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 65. roku życia;
- 30) (usunięto)
- 31) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 32) (usunięto)
- 33) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 34) (otrzymuje brzmienie) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 35) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
- 36) (usunięto)
- 37) (usunięto)
- 38) (usunięto)
- 39) (usunięto)
- 40) (usunięto)
- 41) (usunięto)
- 42) **wcześniak** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej;
- 43) (usunięto)
- 44) (usunięto)
- 45) (usunięto)
- 46) (usunięto)
- 47) (dodano) **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNBDU/16/01/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia:
 - 1) Drugiej opinii medycznej (Inter Consultation),
 - 2) Opieki medycznej za granicą (FindBest Care),
 - 3) Opieki ambulatoryjnej w RP (Recovery Care),realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*.

! Definicja *poważnego stanu chorobowego* znajduje się w § 8 OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) *poważnych stanów chorobowych* zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi;
 - 2) *poważnych stanów chorobowych* spowodowanych chorobą, o którą Towarzystwo zapytywało przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia*, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną, lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi,które miały miejsce w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zachorowania, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

4. W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnego stanu chorobowego* lub choroby, będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w postaci realizacji poniższych świadczeń:
 - 1) Druga opinia medyczna – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Best Doctors*, polegające na przygotowaniu dla *Ubezpieczonego* raportu sporządzonego przez *eksperta medycznego*, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez *Ubezpieczonego*; raport *eksperta medycznego* zawiera dodatkową opinię na temat *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*;
 - 2) Opieka medyczna za granicą – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Best Doctors*, polegające na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, pod warunkiem że raport przygotowany przez *eksperta medycznego* w ramach Drugiej opinii medycznej potwierdzi wystąpienie objętego ubezpieczeniem *poważnego stanu chorobowego* oraz wskaże możliwość dalszego leczenia;
 - 3) Opieka ambulatoryjna w RP – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA*, polegające na organizacji i pokryciu kosztów świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w *placówkach medycznych* należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*; świadczenia realizowane są po powrocie *Ubezpieczonego* na terytorium RP pod warunkiem, że *Ubezpieczony* poddał się leczeniu za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.

! *Ubezpieczonemu* przysługuje prawo skorzystania ze świadczenia Drugiej opinii medycznej, Opieki medycznej za granicą oraz Opieki ambulatoryjnej w RP w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*. Świadczenia realizowane są za pośrednictwem *Best Doctors* lub *Partnera Medycznego AXA*.

Gdzie jest określona składka, suma ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności dotyczące poszczególnych świadczeń?

§ 2

1. *Sumy ubezpieczenia* oraz limity odpowiedzialności Towarzystwa określone są w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Wysokość składki z tytułu niniejszych OWUD określona jest w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczenia.

3. Sposób kalkulacji składki ubezpieczeniowej określony jest w *umowie podstawowej* i zmienia się w zależności od wieku *Ubezpieczonego*.

! Informacje o składce, *sumach ubezpieczenia* oraz limitach odpowiedzialności dotyczących poszczególnych świadczeń znajdują się w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Na czym polegają poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe?

§ 3

! Poniżej znajduje się opis poszczególnych świadczeń, które możliwe są w ramach niniejszych OWUD.

1. Druga opinia medyczna

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

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

! Świadczenie Drugiej opinii medycznej zapewnia organizację i pokrycie kosztów czynności związanych z wydaniem raportu przez *eksperta medycznego* oraz przetłumaczenie raportu na język polski.

2. Opieka medyczna za granicą

Best Doctors organizuje i pokrywa poniżej wymienione koszty powstałe w związku z objętymi ubezpieczeniem *poważnymi stanami chorobowymi*, do wysokości *sumy ubezpieczenia* i limitów określonych w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz:

- 1) **pokrycie kosztów leczenia za granicą RP:**
 - a) pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu:
 - zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie *hospitalizacji Ubezpieczonego*, pobytu *Ubezpieczonego* na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - dodatkowego łóżka związanego z pobytem w szpitalu osoby tworzącej, w przypadku jeżeli szpital udostępnia taką usługę,
 - wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezjologicznej;
 - b) pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodku pomocy pod warunkiem, że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu;
 - c) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji;
 - d) wizyt lekarskich podczas *hospitalizacji*;
 - e) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa;
 - f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych uzasadnionych z medycznego punktu widzenia, zleconych przez lekarza, w szczególności: badań rentgenowskich, tomografii komputerowej, rezonansów magnetycznych, elektrokardiograficznych, EKG;

- g) radioterapii, chemioterapii, izotopów promieniotwórczych;
- h) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
- i) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
- j) leków przepisanych przez lekarza po hospitalizacji związanej z leczeniem poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą RP w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą RP pod warunkiem że leki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium RP;
- k) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza oraz zaakceptowany i zorganizowany przez Best Doctors;
- l) związanych z hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności kosztów:
- postępowania wyjaśniającego, na terytorium RP w celu potwierdzenia zgodności tkankowej (możliwości pobrania narządu od potencjalnego dawcy),
 - zakwaterowania w pokoju lub na oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
 - opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej podczas hospitalizacji,
 - badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza,
 - operacji i opieki medycznej związanej z pobraniem narządu lub tkanki do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
- m) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem szpiku kostnego Ubezpieczonemu, pod warunkiem że były one poniesione za granicą RP, po dacie wskazanej we Wstępnym certyfikacie leczenia;
- 2) pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą:**
- a) Best Doctors organizuje i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicą RP, w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej, potwierdzonej we Wstępnym certyfikacie leczenia;
- b) Best Doctors jest odpowiedzialna za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
- c) w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Best Doctors, zmieni datę podróży, o której mowa w lit. b) powyżej, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu Best Doctors kosztów związanych z organizacją i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży;
- d) koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
- transport Ubezpieczonego z jego miejsca pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,
 - transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
- e) w przypadkach uzasadnionych medycznie Best Doctors organizuje i pokrywa koszty transportu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) lit. k) powyżej;
- 3) pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy:**
- a) Best Doctors organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów, w związku z ich pobytom w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego poza terytorium RP w ramach Opieki medycznej za granicą;
- b) Best Doctors jest odpowiedzialna za organizację zakwaterowania; ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie;
- c) Best Doctors ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
- d) w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z Best Doctors, zmieni datę zakwaterowania, o której mowa w lit. c), będzie zobowiązany do zwrotu Best Doctors kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania;
- e) ustalenia dotyczące zakwaterowania obejmują zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (o wyborze hotelu będzie decydowała odległość od szpitala lub lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km);
- f) wszystkie posiłki i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem; podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego;
- 4) pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy:**
- a) Best Doctors organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez Best Doctors procesu leczenia za granicą RP;
- b) koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozonej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium RP;
- 5) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w szpitalu:**
- a) Best Doctors wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas leczenia Ubezpieczonego za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą, w kwocie określonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia;
- b) Best Doctors wypłaci świadczenie za okres nieprzekraczający 60 dni na każdy poważny stan chorobowy;
- 6) zwrot kosztów poniesionych na zakup na leków po powrocie na terytorium RP:**
- a) w przypadku gdy Ubezpieczony był hospitalizowany za granicą RP w ramach procesu leczenia organizowanego przez Best Doctors przez okres dłuższy niż 3 dni, Best Doctors zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup leków, po powrocie na terytorium RP;
- b) koszty, o których mowa w lit. a) powyżej, dotyczą leków:
- zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP jako kontynuacja prowadzonego leczenia,
 - dopuszczonych do obrotu na terytorium RP,
 - przepisanych przez lekarza pracującego na terytorium RP,
 - zakupionych na terytorium RP,
 - przepisanych w dawce pozwalającej na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące;
- c) ubezpieczeniem nie są objęte koszty leków w części refundowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

! Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz pokrycie kosztów związanych z leczeniem za granicą RP podróży lub transportem medycznym czy zakwaterowaniem Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy.

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP, pod warunkiem że Ubezpieczony był leczony za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.
- 2) Ubezpieczony ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP, określonej w polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
- 3) Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
- a) badanie PET;
 - b) badania laboratoryjne:
 - hematologiczne,
 - krzepliwości,
 - biochemiczne i enzymatyczne,
 - immunologiczne,
 - moczu i kału,
 - serologiczne,
 - hormonalne i metaboliczne,
 - mikrobiologiczne,
 - markery nowotworowe,
 - cytologiczne,
 - c) biopsje i badania endoskopowe;
 - d) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;
 - e) tomografię komputerową z kontrastem lub bez;
 - f) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
 - g) ultrasonografię;
 - h) rehabilitację;
 - i) konsultacje lekarzy specjalistów.
- 4) Opieka ambulatoryjna w RP obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu 24 miesięcy od daty wskazanej w pierwszym Wstępnym certyfikacie leczenia.
- 5) Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci Partnera Medycznego AXA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci Partnera Medycznego AXA można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer wskazany jest na polisie lub w innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

! W ramach świadczenia Opieki ambulatoryjnej w RP Ubezpieczony ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP do wysokości sumy ubezpieczenia, o ile był leczony za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.

§ 4

1. Druga opinia medyczna

- 1) W przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, *Ubezpieczony* powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczeniowym oraz podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL,
 - c) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - d) datę zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego* oraz rodzaj *poważnego stanu chorobowego*.
- 2) W przypadku pozytywnej weryfikacji *Best Doctors* skontaktuje się z *Ubezpieczonym* w celu poinformowania *Ubezpieczonego* o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu *eksperta medycznego*.
- 3) *Best Doctors* przygotowuje, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, raport *eksperta medycznego*.

! W celu realizacji świadczenia Drugiej opinii medycznej *Ubezpieczony* powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

2. Opieka medyczna za granicą

- 1) W przypadku gdy raport *eksperta medycznego* potwierdza wystąpienie *poważnego stanu chorobowego* objętego ubezpieczeniem, *Ubezpieczony*, pod warunkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Best Doctors* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednio do poprowadzenia leczenia *poważnego stanu chorobowego*.
- 2) *Best Doctors* przedstawi propozycję do 3 rekomendowanych ośrodków medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia *Ubezpieczonego*.
- 3) Po wybraniu przez *Ubezpieczonego* jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, *Best Doctors* rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce oraz organizuje pozostałe świadczenia w ramach Opieki medycznej za granicą.
- 4) *Best Doctors* przesyła *Ubezpieczonemu* pakiet powitalny, który zawiera niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia, podróży oraz zakwaterowania, oraz *Wstępny certyfikat leczenia*. W przypadku gdy *Ubezpieczony* nie zdecydował się na żaden z zaproponowanych przez *Best Doctors* szpitali lub w przypadku gdy nie rozpoczął on leczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia wystawienia *Wstępnego certyfikatu leczenia* na podstawie bieżącego stanu zdrowia *Ubezpieczonego*.
- 5) Przed wyjazdem *Ubezpieczonego* za granicę RP, w celu leczenia *poważnego stanu chorobowego*, *Best Doctors* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu *hospitalizacji*. Przy czym do kalkulacji wysokości świadczenia brana jest pod uwagę szacowana liczba dni, na jaką planowana jest *hospitalizacja*.
- 6) Pozostała część świadczenia pieniężnego z tytułu *hospitalizacji* będzie wypłacana przez *Best Doctors* w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia *hospitalizacji* za granicą RP.
- 7) W celu otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na *leki*, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 6), *Ubezpieczony* przesyła do *Best Doctors* kopię recepty oraz fakturę na adres podany w formularzu zgłoszenia roszczenia. *Best Doctors* zrefunduje poniesione koszty.

! W celu realizacji świadczenia Opieki medycznej za granicą *Ubezpieczony* powinien telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Best Doctors* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych, znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia *poważnego stanu chorobowego*.

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) W przypadku poddania się przez *Ubezpieczonego* procesowi leczenia za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą, po powrocie na terytorium RP *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 3).
- 2) W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii, której numer podany jest w *polisie* lub w innym dokumencie ubezpieczenia, miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.
- 3) W celu realizacji świadczenia *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - a) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej *placówki medycznej*,

b) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem.

- 4) *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii *Partnera Medycznego AXA* zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia*, określonej w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
- 5) W przypadku opisanym w pkt 4) powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych, określone w § 3 ust. 3 pkt 3).
- 6) W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl i w Towarzystwie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz faktury lub rachunki za wykonanie danego świadczenia.

! W celu realizacji świadczenia Opieki ambulatoryjnej w RP *Ubezpieczony* powinien uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*. Numer infolinii podany jest w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Jakie są terminy realizacji świadczeń?

§ 5

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

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą świadczenie, jakie dokumenty niezbędne są do wypłaty lub realizacji świadczenia. Świadczenie realizowane jest w terminie 30 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo zrealizuje świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca lub realizuje w terminie 30 dni.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności?

§ 6

Wyłączenia ogólne

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
 - 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencji reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanymi z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
 - 3) alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających, nadużywaniem alkoholu lub korzystaniem z substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 4) leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samo-okaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego* Ubezpieczonego, jeżeli w momencie rozpoznania *poważnego stanu chorobowego* Ubezpieczony nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek:

- 1) posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz
- 2) przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszych OWUD.

Wyłączenia medyczne

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) chorobami zdiagnozowanymi, rozpoznanymi lub leczonymi po raz pierwszy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
- 2) chorobami, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po raz pierwszy w ciągu 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
- 3) kosztami związanymi z chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu *umowy dodatkowej* lub przed upływem 6 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu OWUD;
- 4) eksperymentalnym leczeniem, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
- 5) procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego) lub leczeniem AIDS lub HIV;
- 6) usługami, które nie są niezbędne, z medycznego punktu widzenia, do leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
- 7) opłatami za organizację i leczenie chorób objętych ubezpieczeniem sposobem innym niż rekomendowany w raporcie *eksperta medycznego*, jeżeli w raporcie *eksperta medycznego* rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu;
- 8) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia związanego z komplikacjami po transplantacji objętej zakresem ubezpieczenia, ale nieprzeprowadzonej w ramach Opieki medycznej za granicą.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- 1) wydatkami poniesionymi w związku z organizacją i pokryciem kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium RP, z wyjątkiem objętych ubezpieczeniem kosztów *leków* i świadczeń ambulatoryjnych w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP;
- 2) kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
- 3) kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony;
- 4) kosztami poniesionymi niezgodnie ze standardowymi procedurami medycznymi realizacji świadczeń;
- 5) kosztami poniesionymi w związku z pójściem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
- 6) kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca;
- 7) *lekami*, które nie zostały dopuszczone przez ministra właściwego ds. zdrowia do obrotu lub które są dostępne bez recepty;
- 8) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
- 9) w przypadku gdy poza leczeniem w ramach Opieki medycznej za granicą istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub porodem;
- 10) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez *Best Doctors*, dotyczącego prowadzonego w ramach Opieki medycznej za granicą procesu leczenia;
- 11) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
- 12) kosztami poniesionymi przez Ubezpieczonego lub krewnych, towarzyszy, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- 13) kosztami medycznymi, które nie są zasadne co do wysokości w danych okolicznościach;
- 14) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ubezpieczonego, towarzysza podróży lub dawcę.

Należy zapoznać się z okolicznościami, które wykluczają możliwość otrzymania świadczenia. Wyłączenia mogą:

- mieć charakter ogólny i dotyczyć leczenia chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
- mieć charakter medyczny i dotyczyć chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
- dotyczyć wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego w określonych sytuacjach.

Wszystkie powyższe okoliczności wskazane są powyżej oraz w § 19 i § 20 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

§ 7

1. Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych Ubezpieczonych wygasa z dniem wykorzystania *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki medycznej za granicą.
2. Świadczenia w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP realizowane są nie dłużej niż do *rocznicy polisy*, następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia i nie dłużej niż do wykorzystania *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP.

Należy zwrócić uwagę, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD, względem poszczególnych Ubezpieczonych, wygasa w szczególności z dniem wykorzystania *sumy ubezpieczenia* lub w związku z przekroczeniem określonego wieku.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 8

1. **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U., będąca częścią Best Doctors Inc. firma serwisowa, która jest partnerem Towarzystwa i realizuje na jego rzecz świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej oraz Opieki medycznej za granicą oraz prowadzi obsługę procesu organizacji świadczeń z tytułu OWUD;
2. **ekspert medyczny** – działający za granicą RP lekarz, wyznaczony przez *Best Doctors* do współpracy w celu sporządzenia raportu, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
3. **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą RP trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
4. **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r. poz. 26);
5. **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych lub funkcji organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazany w recepcie leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
6. **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w zakresie Opieki ambulatoryjnej w RP;
7. **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
8. **poważny stan chorobowy oznacza którykolwiek z niżej wymienionych:**
 - 1) nowotwór:
 - a) każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skórno), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek,
 - b) każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka i nienaciekający tkanek otaczających,
 - c) wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histologiczne zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia;wykluczone choroby i procedury medyczne:
 - a) wszelkie nowotwory współistniejące z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
 - b) nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego;

- 2) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego;
wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass);
 - 3) operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;
 - 4) zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;
 - 5) przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep *Ubezpieczone-mu* jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
 - 6) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego;
 9. **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;
 10. *(usunięto)*
 11. **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i materiały użyte w leczeniu, wskazanym przez *eksperta medycznego* w raporcie Drugiej opinii medycznej, stosowane zgodnie z ogólnie przyjętą praktyką medyczną w leczeniu *poważnego stanu chorobowego*;
 12. **Wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez *Best Doctors* w imieniu Towarzystwa na pokrycie kosztów leczenia *poważnego stanu chorobowego* we wskazanej, zaakceptowanej przez *Ubezpieczonego placówce medycznej* znajdującej się za granicą RP
- § 9**
1. W sprawach nieregulowanych w niniejszych OWUD mają zastosowanie Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.
 2. *(usunięto)*