

ubezpieczenia

Warunki ubezpieczenia **Bezpieczny.pl**

**ubezpieczenie następstw
nieszczęśliwych wypadków**

indeks NNWS/17/04/01

więcej / niż standard



Formularz do WU

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

Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl

– indeks NNWS/17/04/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 3
	§ 14 ust. 1 pkt 1) i 2)
	§ 14 ust. 2 pkt 1)
	§ 14 ust. 3 pkt 1)
	§ 14 ust. 4 pkt 1)
	§ 14 ust. 5 pkt 1)
	§ 14 ust. 6 pkt 1), 2) i 3)
	§ 14 ust. 7 pkt 1) i 2)
	§ 14 ust. 8 pkt 1)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9
	§ 13 ust. 3
	§ 14 ust. 2 pkt 2)
	§ 14 ust. 4 pkt 2) i 3)
	§ 14 ust. 6 pkt 5) i 6)

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl, zwane dalej „WU”, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Towarzystwem”, a Ubezpieczającymi.

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych WU, wniosku, polisie oraz dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **bójka** – starcie dwóch albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze (jako napadnięty i napastnik);
 - 2) **Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych WU, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
 - 3) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 4) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji medycznych, związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio rodzica Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagłe;
 - 6) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) **osoba uprawniona** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym Uposażony;
 - 8) **placówka oświatowo-wychowawcza** – placówka umożliwiająca uzyskanie i uzupełnienie wiedzy ogólnej i kwalifikacji zawodowych, zdobywanie umiejętności, kształtowanie i rozwijanie zainteresowań i uzdolnień, a także korzystanie z różnych form wypoczynku; za placówkę oświatowo-wychowawczą nie uznaje się klubu sportowego;
 - 9) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata, trwający co najmniej:
 - a) 1 dzień – w przypadku leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - b) nieprzerwanie 4 dni – w przypadku leczenia choroby;
 w rozumieniu niniejszych WU okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
 - 10) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 11) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę rozpoznania choroby; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: nowotwory *in situ*, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa oraz chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
 - b) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek, charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,
 - c) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby, liczony od dnia jej zdiagnozowania,
 - d) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny bądź też obu tych zaburzeń,
 - e) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a; rozpoznanie dystrofii mięśniowej wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną,
 - f) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
 - g) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych; stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą końcową ocenę stanu neurologicznego,
 - h) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych WU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie sepsy winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,
 - i) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; zakresem ubezpieczenia objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wśierdzia, osierdzia, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa lub ciężkie przypadki zakażeń inwazyjnych pozostawiające trwałe następstwa pod postacią utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażań lub innych ubytków neurologicznych; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie,
 - j) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10;
- 12) **rodzic Ubezpieczonego** – matka lub ojciec w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- a) żoną ojca lub wdową po ojcu, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki lub wdowcem po matce, o ile po śmierci matki nie wstąpił ponownie w związek małżeński;

- 13) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: użycia broni białej lub palnej (z wyłączeniem szermierki), użycia pojazdów silnikowych, schodzenia pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywania 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;
- 14) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, dla którego ta kwota została ustalona;
- 15) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie oraz wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności: od alkoholu, narkotyków, leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani placówki rehabilitacyjnej, w tym szpitala rehabilitacji, oddziału rehabilitacji i ośrodka rehabilitacji;
- 16) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, wskazanego jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub protokole badania sekcyjnego;
- 17) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 18) **środki pomocnicze** – elementy wspomagające proces leczniczy: gorce ty, protezy, kule, stabilizatory, temblaki, aparaty ortopedyczne oraz wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze nie uznaje się protezy zębowej;
- 19) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub osoba nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, będąca:
- wychowankiem, uczniem, studentem, doktorantem lub słuchaczem placówki oświatowo-wychowawczej,
 - pracownikiem placówki oświatowo-wychowawczej w rozumieniu kodeksu pracy, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, lub osobą, z którą Ubezpieczający zawarł umowę zlecenia lub umowę o dzieło, która nie ukończyła 65. roku życia;
- 21) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego;
- 22) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku;
- 23) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności Ubezpiezonego podejmowana dobrowolnie w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych podczas zajęć szkolnych, pozaszkolnych, jak również w życiu prywatnym; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje jedynie dzieci i młodzież, którzy nie ukończyli 20. roku życia; studenci oraz pracownicy placówek oświatowo-wychowawczych nie są objęci ochroną; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są sporty wysokiego ryzyka;

- 24) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
- kierowca bądź pasażer quada, wyłącznie na drodze publicznej lub jako kierowca bądź pasażer: samochodu, motoroweru, skutera, autobusu, pojazdu szynowego, rowerzysta lub pieszy w rozumieniu prawa o ruchu drogowym,
 - pasażer statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego statku powietrznego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

- W zależności od zakresu ubezpieczenia określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane przez Ubezpiezonego lub rodzica Ubezpiezonego, a także zdrowie Ubezpiezonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - śmierć Ubezpiezonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierć Ubezpiezonego spowodowaną wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierć Ubezpiezonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, określone w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała;
 - pobyt Ubezpiezonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w celu leczenia obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - zwrot kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych,
 - wystąpienie u Ubezpiezonego poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 11), którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierć rodzica Ubezpiezonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych w celu leczenia obrażeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
- Po opłaceniu dodatkowej składki zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o pobyt Ubezpiezonego w szpitalu w celu leczenia choroby, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u Ubezpiezonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz o świadczenia polegające na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w załączniku nr 1 do WU.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na całym świecie w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową również następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek wyczynowego uprawiania sportu. Powyższe nie dotyczy ubezpieczenia oferowanego studentom oraz pracownikom placówek oświatowo-wychowawczych.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie indywidualnej (imiennej) lub w przypadku placówek oświatowo-wychowawczych w formie grupowej (bezimiennej lub imiennej).
- Umowa ubezpieczenia w formie grupowej bezimiennej może zostać zawarta tylko w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich osób należących do placówki oświatowo-wychowawczej, będącej Ubezpieczającym.

3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia jest zawarta w formie indywidualnej, Ubezpieczającym powinien być rodzic Ubezpieczonego lub Ubezpieczony.
4. Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, WU, polisie lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
5. Wniosek o ubezpieczenie w formie indywidualnej (imiennej) powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego – imię, nazwisko, datę urodzenia lub numer PESEL, adres zamieszkania;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia.
6. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej (beziemiennej) powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego – nazwa, adres, NIP;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia;
 - 4) liczbę zgłaszanych do ubezpieczenia osób.
7. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej (imiennej) powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego – nazwa, adres, NIP;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia;
 - 4) listę imienną zgłaszanych do ubezpieczenia osób, zawierającą: imię i nazwisko, PESEL lub datę urodzenia w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest obcokrajowiec.
8. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na warunkach określonych w WU, w zależności od wariantu – w formie indywidualnej (imiennej) lub grupowej (beziemiennej lub imiennej).
9. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej imiennej rodzic lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego zobowiązany jest do udostępnienia danych Ubezpieczonego wskazanych w § 4 ust. 7 pkt 4) i wyraża zgodę na udostępnianie tych danych Towarzystwu, w celu potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej oraz obsługi umowy ubezpieczenia.
10. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w polisie.
11. Ubezpieczony może w tym samym czasie zostać objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie tych samych WU.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia w formie grupowej (beziemiennej lub imiennej) rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie, pod warunkiem opłacenia składki w pełnej wysokości przed upływem 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa, dla formy indywidualnej (imiennej) w przypadku nowo zawieranych umów ubezpieczenia, rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa dla formy indywidualnej (imiennej), w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres, rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki, nie wcześniej jednak niż po wygaśnięciu dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Za termin opłacenia składki uznaje się datę złożenia dyspozycji przelewu w banku, pod warunkiem że na rachunku bankowym znajdują się wystarczające środki do pokrycia składki.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnych Ubezpieczonych, w trakcie okresu ubezpieczenia, następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa.

6. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:

- a) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, poprzez złożenie stosownego oświadczenia w formie pisemnej;

2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:

- a) w razie złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 12 ust. 2 WU – z upływem ostatniego dnia miesiąca polisowego, w którym nastąpiło wystąpienie;
- b) z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia – w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- c) z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała,
- d) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w dniu wypłaty świadczenia, którego wysokość odpowiada 180 dniom pobytu w szpitalu,
- e) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – w dniu wypłaty świadczenia, którego wysokość odpowiada 30 dniom pobytu w szpitalu w następstwie choroby,
- f) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku i z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – w dniu, w którym łączna suma wypłaty świadczenia z obu tych tytułów odpowiada 180 dniom pobytu w szpitalu,
- g) z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia z tego tytułu,
- h) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia z tego tytułu,
- i) z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci drugiego rodzica Ubezpieczonego,
- j) z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia z tego tytułu.

Składka

§ 6

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie i na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
2. Wysokość składki za jednego Ubezpieczonego określona jest w polisie, ustalana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, rodzaju placówki oświatowo-wychowawczej i liczby Ubezpieczonych.
3. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.

Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu prawdziwych i pełnych danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do potwierdzania spełniania warunków przystąpienia do ubezpieczenia oraz potwierdzania daty przystąpienia do ubezpieczenia osób zgłaszających roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej (beziemiennej).

4. Do obowiązków Towarzystwa należy również:
 - 1) doręczenie Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku WU przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 2) doręczenie Ubezpieczającemu polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) prawidłowe i terminowe wykonywanie zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.
5. Obowiązki określone w postanowieniach niniejszego paragrafu nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 8

W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, o ile konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu ochrony ubezpieczeniowej, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy ubezpieczenia, jest następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce lub aktach terroryzmu, chyba że jego udział w bójce wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 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; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu;
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego, chyba że powyższe nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego postanowienia ust. 1 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do rodzica Ubezpieczonego.
3. W przypadku pobytu w szpitalu świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 2) poddanie Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub była skutkiem poważnego zachorowania wskazanego w § 2 pkt 11);

- 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenie ciała Ubezpieczonego;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
 - 6) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
4. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie umowy

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka łączna, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy.
2. Składka łączna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy 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.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia oraz wystąpienie z umowy ubezpieczenia

§ 12

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając stosowane oświadczenie w formie pisemnej, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisy. Przez miesiąc polisy rozumie się miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w polisie, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając stosowane oświadczenie w formie pisemnej, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym nastąpiło wystąpienie.

Uposażony

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 1, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego.
4. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Rodzaje świadczeń

§ 14

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

- 1) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Ubezpieczonego.
- 2) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie zawału serca lub udaru mózgu objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła przed upływem 40 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym

- 1) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku wypadku komunikacyjnego objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią Ubezpieczonego.
- 2) Jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest wypadek komunikacyjny, Towarzystwo wypłaci osobom uprawnionym tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym. W tym przypadku nie zostanie wypłacone świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) niniejszego paragrafu.

3. Świadczenie z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) W przypadku uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
- 2) Suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającego 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
- 3) Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 4) Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
- 5) Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

4. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt 6), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każ-

dy dzień pobytu w szpitalu, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w polisie lub umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek zaistniał w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli pobyt w szpitalu związany był z chorobą, która została rozpoznana w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

- 2) Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych WU, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- 3) Limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi świadczenie ubezpieczeniowe za maksymalnie:
 - 30 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy, w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby, z zastrzeżeniem zdania drugiego;
 - 180 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy, w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała, z zastrzeżeniem zdania drugiego.

Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się z datą udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza:

- poza dany rok polisy lub
 - poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku polisy, w którym pobyt w szpitalu się rozpoczął.
- 4) Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
 - 5) Świadczenie pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby lub leczenia obrażeń ciała zaistniałych w okresie udzielania ochrony nie jest należne za okres, w którym Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.
 - 6) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pobytu w szpitalu:
 - a) w celu leczenia choroby, który rozpoczął się w ciągu pierwszego miesiąca od dnia wystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 7);
 - b) w celu leczenia chorób, których przyczyny zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 - 7) Zapis, o którym mowa w pkt 6) lit. a), nie ma zastosowania od drugiego roku obowiązywania nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków [Bezpieczny.pl](#).

5. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych dla Ubezpieczonego

- 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu niepokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki, poniesione w związku z leczeniem doznanych obrażeń ciała, na naprawę lub nabycie środków pomocniczych, pod warunkiem że naprawa lub nabycie zalecone zostały przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem potwierdzonym dokumentacją medyczną i objętym ochroną ubezpieczeniową.
- 2) Zwrot następuje na podstawie rachunków bądź faktur wystawionych na rzecz Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

6. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

- 1) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego określonego w § 2 pkt 20) lit. a) poważnego zachorowania, określonego w § 2 pkt 11), którego pierwsze zdiagnozowanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.
- 2) Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania zostanie przyznane pod warunkiem, że

zdiagnozowanie poważnego zachorowania nastąpiło przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 25. roku życia oraz Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania.

- 3) Prawo do świadczenia w związku z wystąpieniem u Ubezpieczonego cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 18. roku życia.
 - 4) Rodzaj i data zdiagnozowania poważnego zachorowania ustalone są na podstawie dokumentacji medycznej lub na podstawie badań medycznych, przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
 - 5) Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte poważne zachorowania:
 - a) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub przed upływem 1 miesiąca od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub przed upływem 1 miesiąca od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej i schorzeń będących ich skutkiem.
 - 6) Zapis, o którym mowa w pkt 5) lit. a) i b), nie ma zastosowania od drugiego roku obowiązywania nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl.
 - 7) Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 9 niniejszych WU, a także gdy jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV, samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
- 7. Świadczenie z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem**
- 1) Jeżeli rodzic Ubezpieczonego, określonego w § 2 pkt 20) lit. a), zmarł w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
 - 2) Prawo do świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego zostanie przyznane pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć, wystąpił przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 25. roku życia oraz miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- 8. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem**
- 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu niepokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione w związku z pobytem w szpitalu, wydatki poniesione na badania, zabiegi i operacje (w tym niezbędne operacje plastyczne, mające na celu usunięcie oszpecaenia wynikłego z nieszczęśliwego wypadku) oraz zabiegi rehabilitacyjne, pod warunkiem że powyższe zostało zalecone przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem potwierdzonym dokumentacją medyczną i objętym ochroną ubezpieczeniową.
 - 2) Zwrot następuje na podstawie rachunków bądź faktur wystawionych na rzecz Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest do zawiadomienia Towarzystwa o zaistnieniu zdarzenia objętego zakre-

sem ubezpieczenia oraz do dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

2. Zawiadomienie dotyczące zaistniałego zdarzenia może być złożone na piśmie lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczonym formie.
3. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
4. Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
5. Jeżeli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie wskazanym w ust. 4.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 16

1. Reklamacja to wystąpienie osoby fizycznej, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Inne podmioty niż osoby fizyczne mogą wnosić skargi i zażalenia zgodnie z ust. 12.
2. Reklamacja może być złożona Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, albo drogą pocztową na adres: AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: szkody.korporacyjne@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod nr telefonu 22 555 04 45 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamację 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 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.
10. Osoba składająca reklamację, która nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa, może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 17.
11. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.

12. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez inne podmioty niż osoby fizyczne mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 2–8 oraz ust. 10–11, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA 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 sądowna

§ 17

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

2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 18

- Oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia składane są na piśmie lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym formie.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do WU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Niniejsze WU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA TUIR S.A. nr 2/06/04/2017 z dnia 6 kwietnia 2017 r.
- Niniejsze WU wchodzi w życie z dniem 21 kwietnia 2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

Załącznik nr 1 – Zakres świadczeń assistance dostępnych po pobycie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą

- Poniższe świadczenia dostępne są pod warunkiem spełnienia poniższych wymogów:
 - zostało przyznane świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z niniejszymi WU;
 - pobyt w szpitalu trwał co najmniej 7 dni.
- Poniższe świadczenia realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Rodzaj świadczenia	Limit
korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby Ubezpieczony nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres nie krótszy niż 7 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego lub do miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności Ubezpieczonego (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	10 h w roku polisowym 2 h w ramach jednej wizyty korepetytora
wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, z tytułu której Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 7 dni; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	2 wizyty w roku polisowym
wizyta pielęgniarki – Towarzystwo, na zlecenie lekarza prowadzącego, zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, z tytułu której Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 7 dni; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów: <ol style="list-style-type: none"> wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny, wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się 	2 wizyty w roku polisowym
transport z osobą towarzyszącą do placówki medycznej na wizytę kontrolną w związku z hospitalizacją Ubezpieczonego trwającą nie krócej niż 7 dni – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na piśmie zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej	2 000 PLN w roku polisowym
łóżko szpitalne dla rodzica Ubezpieczonego – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby Ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 7 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania limitu	2 000 PLN w roku polisowym

infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:

- a) jednostek chorobowych,
- b) stanów wymagających nagłej pomocy,
- c) zachowań prozdrowotnych,
- d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków,
- e) obowiązkowych szczepień dzieci,
- f) transportu medycznego,
- g) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
- h) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego AXA,
- i) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- j) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- k) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróży,
- l) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- m) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- n) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
- o) domów pomocy społecznej, hospicjów;

brak

informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania limitu

2. W razie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, trwającego nie mniej niż 7 dni, gdy konieczne jest skorzystanie z świadczeń, o których mowa w ust. 1, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązana jest – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.
3. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu zobowiązana jest:
 - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
4. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych WU, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zwerifikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne AXA. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
5. Świadczenia odnoszące się do pobytów w szpitalu objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w związku z którym dane świadczenie przysługuje,
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
8. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych WU może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

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