

ubezpieczenia

Warunki ubezpieczenia **Bezpieczny.pl**

**ubezpieczenie następstw
nieszczęśliwych wypadków**

indeks NNWS/18/05/01

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/18/05/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 3
	§ 13 ust. 1
	§ 13 ust. 2
	§ 13 ust. 3 pkt 1)
	§ 13 ust. 4 pkt 1)
	§ 13 ust. 5 pkt 1)
	§ 13 ust. 6 pkt 1)
	§ 13 ust. 7 pkt 1)
	§ 13 ust. 8 pkt 1), 2) i 3)
	§ 13 ust. 9 pkt 1) i 2)
	§ 13 ust. 10 pkt 1)
	§ 13 ust. 11 pkt 1)
§ 13 ust. 12 pkt 1)	
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8
	§ 13 ust. 3 pkt 2)
	§ 13 ust. 5 pkt 2) i 3)
	§ 13 ust. 6 pkt 3)
	§ 13 ust. 8 pkt 5) i 7)
	§ 13 ust. 9 pkt 2)
	§ 13 ust. 10 pkt 2) i 4)
	§ 13 ust. 11 pkt 2), 3), 4) i 7)
§ 13 ust. 12 pkt 2)	

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych WU, we wniosku, w 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 i rehabilitacji** – 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 obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) **miesiąc polisy** – 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;
- 6) **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 nagle;
- 7) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 8) **operacja medyczna** – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej; wyróżnia się następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności określone w terminologii medycznej jako rękoczyń, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - b) operacja medyczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych, połączony z czynnościami określonymi w terminologii medycznej jako rękoczyń, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przeszskórne, przeznaczeniowe, z użyciem endoskopu);

jeżeli w Tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja medyczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację medyczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
- 9) **osoba uprawniona** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym Uposażony;
- 10) **Placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub

osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu niniejszych WU za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;

- 11) **placówka oświatowo-wychowawcza** – placówka umożliwiająca uzyskanie lub 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;
- 12) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata, trwający co najmniej:
 - a) 1 dzień – w przypadku leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) nieprzerwanie 5 dni – w celu 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;
- 13) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 14) **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 jej rozpoznania; 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 trwale 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, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa lub ciężkie przypadki zakażeń inwazyjnych pozostawiające trwale 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;
- 15) **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;
- 16) **sieć placówek Partnera Medycznego AXA** – sieć placówek medycznych, których wykaz dostępny jest na stronie www.axa.pl;
- 17) **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;
- 18) **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;
- 19) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium 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;

- 20) **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;
- 21) **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;
- 22) **środki pomocnicze** – elementy wspomagające proces leczniczy: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, temblaki, aparaty ortopedyczne oraz wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze nie uznaje się protezy zębowej;
- 23) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub osoba nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 24) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, będąca:
 - a) wychowankiem, uczniem, studentem, doktorantem lub słuchaczem placówki oświatowo-wychowawczej,
 - b) 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;
- 25) **ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza;
- 26) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 27) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 28) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności Ubezpieczonego 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 ani pracownicy placówek oświatowo-wychowawczych nie są objęci ochroną; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są sporty wysokiego ryzyka;
- 29) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) kierowca bądź pasażer quada, wyłącznie na drodze publicznej lub jako kierowca bądź pasażer: samochodu, motoroweru, skutera, autobusu, pojazdu szynowego, rowerzysty lub pieszy w rozumieniu prawa o ruchu drogowym,
 - b) pasażer statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego statku powietrznego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. W zależności od zakresu ubezpieczenia określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane przez Ubezpieczonego lub rodzica Ubezpieczonego, a także zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu;

- 3) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym;
 - 4) uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 6) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby;
 - 7) zwrot kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych dla Ubezpieczonego;
 - 8) zdiagnozowanie poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 14);
 - 9) śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 10) zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych w celu leczenia obrażeń ciała Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Zakres ubezpieczenia za dodatkową składkę może zostać rozszerzony o:
- 1) operację medyczną Ubezpieczonego;
 - 2) świadczenia assistance w przypadku ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza.
4. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3, nie jest możliwe w przypadku ubezpieczeń zawieranych w formie grupowej bezimiennej.
5. Szczegółowy zakres świadczeń, o którym mowa w ust. 2 i 3, został opisany w § 13.
6. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na całym świecie w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
7. W przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową objęte są dzieci i młodzież do 20. roku życia, Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową również następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek wyczynowego uprawiania sportu.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie indywidualnej lub w przypadku placówek oświatowo-wychowawczych w formie grupowej bezimiennej lub imiennej.
2. 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 bądź opiekun prawny Ubezpieczonego lub sam 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 powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego – imię, nazwisko, PESEL lub datę urodzenia w przypadku obcokrajowców, adres zamieszkania oraz obywatelstwo;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia.
6. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego – nazwę, adres, NIP, REGON;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia;
 - 4) liczbę osób zgłaszanych do ubezpieczenia.
7. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej imiennej powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego – nazwę, adres, NIP, REGON;

- 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia;
 - 4) listę imienną osób zgłaszanych do ubezpieczenia, 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 lub grupowej bezimiennej lub imiennej.
9. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w polisie.
10. 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 bezimiennej lub imiennej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie, pod warunkiem opłacenia składki w pełnej wysokości przed upływem 45 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia w formie indywidualnej w przypadku nowo zawieranych umów ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następującego po dniu sporządzenia wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki w pełnej wysokości.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia w formie indywidualnej 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. 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 § 11 ust. 2 WU – z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy następującego po miesiącu, w którym zostało zgłoszone wystąpienie,
 - b) z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia – w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - c) z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – 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 celu leczenia obrażeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem – w dniu wypłaty świadczenia, którego wysokość odpowiada 180 dniom pobytu w szpitalu,
 - e) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby – w dniu wypłaty drugiego jednorazowego świadczenia,
 - f) z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia z tego tytułu,
 - g) z tytułu zdiagnozowania poważnego zachorowania u Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia z tego tytułu,
 - h) z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci drugiego rodzica Ubezpieczonego,

- i) z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych w celu leczenia obrażeń ciała Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia z tego tytułu,
- j) z tytułu operacji medycznych Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu przeprowadzenia operacji u Ubezpieczonego odpowiada łącznie sumie ubezpieczenia z tego tytułu,
- k) z tytułu świadczeń assistence na wypadek ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza – w dniu skorzystania ze świadczeń assistence w związku z czwartym zgłoszonym do Centrum Operacyjnego AXA ukąszeniem Ubezpieczonego przez kleszcza.

Składka

§ 6

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki za wszystkich zgłoszonych Ubezpieczonych 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 sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia i rodzaju placówki oświatowo-wychowawczej.
3. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.

Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa
Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) przekazania Towarzystwu w terminie wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, w szczególności do przekazania danych osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 2) terminowego opłacenia składki za wszystkich Ubezpieczonych znajdujących się na liście osób ubezpieczonych;
 - 3) 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).
2. Obowiązki Ubezpieczającego względem Ubezpieczonego
Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem zgody na finansowanie składki (w przypadku gdy koszt składki finansowany jest przez Ubezpieczonego), na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku warunki umowy ubezpieczenia wraz z załącznikami.
3. Obowiązki Towarzystwa względem Ubezpieczonego i Ubezpieczającego:
 - 1) wypłata świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia;
 - 2) doręczenie Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku WU przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 3) doręczenie Ubezpieczającemu polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 4) prawidłowe i terminowe wykonywanie zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.
4. Obowiązki określone w postanowieniach niniejszego paragrafu nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

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; zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza; podania 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 14);
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
 - 6) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
4. W przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z operacją:
 - 1) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną, z wyjątkiem operacji medycznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;

- 4) przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) mającą na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia assistance na wypadek ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
- 1) działania siły wyższej, przez którą rozumie się trzęsienie lub osunięcie się ziemi, powódź, huragan, pożar, awarię urządzeń telekomunikacyjnych;
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, ataków terrorystycznych, wojny, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzonego decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Towarzystwa;
6. W przypadku świadczeń assistance na wypadek ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli stan kleszcza uniemożliwia przeprowadzenie wykonania badania kleszcza.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń Centrum Operacyjnego AXA związanych z zaleceniami dotyczącymi transportu kleszcza.
8. 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

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia.
2. Składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
3. Jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu ubezpieczenia, za który przypadła niezaplacona składka.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 10

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 zaplacenienia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia umowy z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w której Ubezpieczający jest konsumentem, termin, w którym może on odstąpić od umowy, składając oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

3. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej lub drogą elektroniczną.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia oraz wystąpienie z umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisy.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, ze skutkiem na koniec miesiąca polisy, w którym zostało zgłoszone wystąpienie.

Uposażony

§ 12

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
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 śmierć Ubezpieczonego lub się do niej przyczyniła.
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. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego, a w razie jego braku
 - 2) dzieci Ubezpieczonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - 3) wnuki Ubezpieczonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - 4) rodzice Ubezpieczonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - 5) rodzeństwo Ubezpieczonego w częściach równych, a w razie ich braku
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego zgodnie z zasadami dziedziczenia.

Rodzaje świadczeń

§ 13

1. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem**

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. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**

Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, 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.

3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym

- 1) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku wypadku komunikacyjnego, 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 wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.
- 2) Jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest wypadek komunikacyjny, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym. W tym przypadku nie zostanie wypłacone świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.

4. 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) Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
- 3) W przypadku kilku uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego wartości procentowe przypisane do poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
- 4) 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.
- 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.

5. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był wynikiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu świadczenie wskazane w polisie lub umowie ubezpieczenia.
- 2) Jeżeli ten sam 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 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 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 należną część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
- 5) Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem nie jest należne za okres, w którym Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

- 6) Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w pkt 3).

6. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby

- 1) W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i trwał nie krócej niż 5 dni, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczenia;
- 2) Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje wysokość świadczenia, o którym mowa w pkt 1);
- 3) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pobytu w szpitalu:
 - a) w celu leczenia choroby, który rozpoczął się w ciągu pierwszego miesiąca od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 4);
 - b) w celu leczenia chorób, których przyczyny zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) Zapis, o którym mowa w pkt 3) lit. a), nie ma zastosowania od drugiego roku obowiązywania nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl, pod warunkiem że Ubezpieczony w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby.

7. 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.

8. Świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

- 1) W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego, o którym mowa w § 2 pkt 24) lit. a) poważnego zachorowania, określonego w § 2 pkt 14), 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 zdiagnozowania 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, z zastrzeżeniem pkt 3);
- 3) Prawo do świadczenia w związku ze zdiagnozowaniem 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 ustalane 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 zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 8 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.
- 9. Świadczenie z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem**
- 1) Jeżeli rodzic Ubezpieczonego, o którym mowa w § 2 pkt 24) lit. a), zmarł w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej 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.
- 10. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem**
- 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu 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), odbudowę zębów stałych utraconych bądź uszkodzonych w wyniku 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) Do kosztów leczenia nie zalicza się kosztów konsultacji lekarskich, kosztów leków ani środków opatrunkowych.
- 3) Zwrot następuje na podstawie rachunków bądź faktur wystawionych na rzecz Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.
- 4) Ubezpieczeniem objęte są jedynie koszty leczenia i rehabilitacji poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 11. Świadczenie z tytułu operacji medycznej Ubezpieczonego**
- 1) W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej spowodowanej chorobą lub obrażeniami ciała, powstałymi w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
- a) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej I klasy,
- b) 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej II klasy,
- c) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej III klasy,
- zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
- 2) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych wynikających z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej umowy.
- 3) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w ciągu 1 miesiąca od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej umowy, z wyłączeniem operacji medycznych spowodowanych obrażeniami ciała powstałymi w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 4) Ubezpieczonemu przysługuje jedno najwyższe świadczenie ubezpieczeniowe, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych, w związku z leczeniem tej samej choroby lub tych samych obrażeń ciała w tym samym dniu i w okresie kolejnych 60 dni.
- 5) Klasa operacji medycznej i data jej przeprowadzenia potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie klasy operacji i daty jej przeprowadzenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
- 6) Suma świadczeń w trakcie roku obowiązywania umowy ubezpieczenia nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu operacji medycznej Ubezpieczonego.
- 7) Zapis, o którym mowa w pkt 3), nie ma zastosowania od drugiego roku obowiązywania nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków **Bezpieczny.pl**.
- 12. Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza**
- 1) W przypadku ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty następujących świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych poniżej:
- a) **organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej, której celem jest usunięcie kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego. Wizyta realizowana jest w placówce medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego AXA po uprzednim zgłoszeniu zdarzenia do Centrum Operacyjnego AXA; Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z placówki medycznej spoza sieci Partnera Medycznego AXA po warunkiem wcześniejszego zgłoszenia tego faktu do Centrum Operacyjnego AXA; Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje lub zrefunduje koszty wizyty lekarskiej do kwoty 500 PLN;
- b) **transport kleszcza oraz organizacja i pokrycie kosztów badań kleszcza** – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu kleszcza oraz organizacja i pokrycie kosztów badań kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów *borrelia burgdorferi* oraz *babesia divergens*; Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu kleszcza do współpracującej placówki medycznej, w której zostanie wykonane badanie kleszcza oraz pokryje koszty tych badań; Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty badań kleszcza do kwoty 500 PLN;
- c) **refundacja kosztów antybiotykoterapii** – jeżeli w następstwie zgłoszonego do Centrum Operacyjnego AXA ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza zdiagnozowano u Ubezpieczonego chorobę pochodzenia odkleszczowego, która wymaga leczenia antybiotykowego, Centrum Operacyjne AXA zrefunduje koszt zaleconej przez lekarza antybiotykoterapii do kwoty 500 PLN;
- 2) Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty świadczeń, o których mowa w pkt 1), maksymalnie w związku z czterema zgłoszeniami ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza, przy czym jedno zgłoszenie nie ma limitu liczby kleszczy, obowiązują tylko podane w pkt 1) limity kwotowe.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym

Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego mogą zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.

2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl, roszczenie można zgłosić również za pomocą formularza internetowego.
3. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
4. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 5, Towarzystwo zawiadomi pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Realizacja świadczeń assistance w wypadku ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza

§ 15

1. W celu skorzystania ze świadczeń assistance, o których mowa w § 13 ust. 12, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązani są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o zorganizowanie określonego świadczenia do Centrum Operacyjnego AXA, pod numer telefonu + 48 22 529 85 68.
2. Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązani są podać:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego i w miarę możliwości jego numer telefonu;
 - 2) numer polisy;
 - 3) datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - 4) miejsce zdarzenia.

3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń, o których mowa w niniejszej umowie, 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 zdarzenia do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustąpienia przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia dokumentów wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności.
4. Świadczenia assistance realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 16

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. (Towarzystwo) jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – przesyłką pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.

8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
 9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
 11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 17.
 12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
 13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUiR 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).
 15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.
2. Podstawą powierzenia danych osobowych Ubezpieczającemu jest art. 28 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej „Rozporządzenie 2016/679”).
 3. Ubezpieczający będzie przetwarzał dane osobowe w imieniu Towarzystwa, przestrzegając warunków przetwarzania wskazanych w Rozporządzeniu 2016/679 i niniejszych WU.
 4. Towarzystwo powierza Ubezpieczającemu do przetwarzania dane osobowe na czas obowiązywania umowy ubezpieczenia, w ramach której dane zostały Ubezpieczającemu powierzone.
 5. Ubezpieczający może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie danych zawartych we wniosku, deklaracji oraz w innych dokumentach przekazywanych Towarzystwu w ramach umowy ubezpieczenia, tj. w zakresie podstawowych danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych (informacje o stanie zdrowia).
 6. Ubezpieczający może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Charakter powierzonego przetwarzania danych osobowych stanowią następujące operacje wykonywane na danych osobowych przez Ubezpieczającego: zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, pobieranie, wykorzystywanie do celów związanych z umową ubezpieczenia, usuwanie lub niszczenie.
 7. Ubezpieczający przetwarza dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie Towarzystwa, którym są postanowienia niniejszych WU, a także polecenia przekazywane drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczającego adres e-mail lub na piśmie.
 8. Ubezpieczający zobowiązany jest do wprowadzenia i stosowania odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zabezpieczających dane osobowe (np. poprzez zabezpieczenie komputera lub urządzeń przenośnych hasłem niedostępnym dla osób trzecich) w okresie ich przetwarzania.
 9. Ubezpieczający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia. Ubezpieczający zapewnia, aby osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zachowały je oraz sposoby zabezpieczeń w tajemnicy.
 10. Ubezpieczający zobowiązuje się zawiadomić Towarzystwo niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od wystąpienia zdarzenia, o:
 - 1) wszelkich żądaniach ujawnienia powierzonych danych osobowych zgłaszanych przez organy władzy publicznej, przed ich ujawnieniem, chyba że jest to z innych względów zabronione;
 - 2) wszelkich incydentach bezpieczeństwa dotyczących przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego, w tym uzyskania przypadkowego lub nieupoważnionego dostępu do powierzonych danych osobowych, przypadkach zmiany, utraty, uszkodzenia lub zniszczenia powierzonych Ubezpieczającemu danych osobowych;
 - 3) wszelkich żądaniach lub pytaniach otrzymywanych od osób, których dane dotyczą, w związku z prawami tych osób, przy czym Ubezpieczający nie powinien odpowiadać na te żądania lub pytania;
 - 4) wszczęciu kontroli przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub przez inny organ nadzorczy zajmujący się ochroną danych osobowych w związku z powierzeniem Ubezpieczającemu przetwarzania danych osobowych, a także o wszelkich decyzjach lub postanowieniach administracyjnych wydanych wobec Ubezpieczającego w związku z powyższym.

Właściwość sądowa

§ 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.

Zasady powierzenia przetwarzania danych osobowych

§ 18

1. Towarzystwo powierza Ubezpieczającemu przetwarzanie danych osobowych Ubezpieczonych, Uposażonych i uprawnionych oraz osób działających w ich imieniu, zawartych we wniosku, deklaracji oraz w innych dokumentach przekazywanych Towarzystwu w ramach umowy ubezpieczenia. Postanowienia niniejszego paragrafu nie mają zastosowania do Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej.
11. Ubezpieczający nie może przekazywać powierzonych mu do przetwarzania danych osobowych do innych podmiotów, w szczególności podmiotów znajdujących się w państwach spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
12. Towarzystwo nie wyraża zgody na dalsze powierzenie (tzw. podpowierzenie) przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczającego osobom trzecim, w tym podwykonawcom.

13. Towarzystwo lub upoważniony przez Towarzystwo audytor zewnętrzny ma prawo do przeprowadzenia kontroli przestrzegania przez Ubezpieczającego zasad przetwarzania danych osobowych, wynikających z Rozporządzenia 2016/679 oraz niniejszych WU, a Ubezpieczający jest zobowiązany udostępnić Towarzystwu lub wyznaczonemu przez Towarzystwo audytorowi informacje dotyczące przetwarzania przez Ubezpieczającego danych osobowych oraz umożliwić dokonywanie kontroli w miejscach, w których są przetwarzane powierzone dane osobowe.
14. Ubezpieczający zobowiązuje się pomagać Towarzystwu w wywiązywaniu się z obowiązków określonych w art. 32–36 Rozporządzenia 2016/679.
15. Ubezpieczający zobowiązuje się niezwłocznie informować Towarzystwo, jeżeli zdaniem Ubezpieczającego wydane mu polecenie stanowi naruszenie Rozporządzenia 2016/679 lub innych przepisów o ochronie danych.
16. Po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem Ubezpieczający – zależnie od decyzji Towarzystwa – usuwa lub zwraca mu wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich kopie.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. Oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia składane są na piśmie lub drogą elektroniczną, lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym formie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
3. 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.
4. Niniejsze WU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 1/10/05/2018 z dnia 10 maja 2018 r. i zmienione uchwałą nr 4/23/08/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r.
5. Niniejsze WU wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

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 zaufało nam już 105 milionów klientów w 62 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



Errata

do Warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl – indeks NNWS/18/05/01
zwanych dalej: WU.

§ 1

AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. informuje, iż postanowienia dotyczące reklamacji zawarte w treści WU z dniem 1 października 2018 r. otrzymują następujące brzmienie:

- „1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. (Towarzystwo) jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – przesyłką pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w WU.

12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUiR 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).
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.”

§ 2

1. Zmiany zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 4/23/08/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r.
2. Zmiany wchodzą w życie z dniem 1 października 2018 r.